

**PERSPETIVAS E EXPECTATIVAS SOBRE A
ENFERMAGEM NAS EQUIPAS DE SAÚDE NUM
CENTRO DE SAÚDE**

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Orientadores: Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Com a colaboração da



PERSPETIVAS E EXPECTATIVAS SOBRE A ENFERMAGEM NAS EQUIPAS DE SAÚDE NUM CENTRO DE SAÚDE

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Orientadores: Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático

Faculdade de Medicina, Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

- Doutor Élvio Henriques de Jesus, Professor Auxiliar Convidado
Instituto de Ciências Sociais / Escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa –
Centro Regional do Porto

- Doutora Margarida da Silva Neves de Abreu, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós, Professor Coordenador
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, orientador

- Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor Associado
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

- Doutora Luísa Maria Correia Azevedo d’Espiney, Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Agradecimentos:

Aos orientadores desta tese, Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós, a quem agradeço pela disponibilidade constante, orientação sábia e confiança depositada, e á Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar pelo incentivo ao longo de todo o percurso do estudo.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na pessoa da sua Presidente, expresso o meu reconhecimento pelo apoio e incentivos proporcionados durante o Programa Doutoral e desenvolvimento do estudo.

Aos enfermeiros que me proporcionaram o acesso às suas experiências, e comigo partilharam as suas reflexões, inquietações e anseios, um obrigado muito especial.

A todos os profissionais e utentes que me cederam o seu tempo e expressaram as suas ideias e vivências, o meu agradecimento reconhecido.

À minha ‘âncora’ familiar, às amigas, aos colegas e a todos que me acompanharam, apoiaram e sempre tiveram uma atitude e palavra de estímulo, o meu bem-haja!

RESUMO

Em Portugal implementou-se uma rede descentralizada de equipas multiprofissionais e multidisciplinares, resultante da reorganização dos Centros de Saúde, para assegurar acesso a cuidados de saúde integrados com abordagem de proximidade. Nestas equipas os profissionais tendem a partilhar competências, mudar papéis e trabalhar com outros prestadores de cuidados. Compreender o papel do enfermeiro proporcionará maior consciência do seu potencial nestas equipas e a (re)orientação das respostas perante as reais necessidades em cuidados de saúde da população.

Para conhecer as perspetivas e expectativas que detêm os próprios enfermeiros, os outros profissionais e os utentes, sobre o papel do enfermeiro nestas equipas recorreu-se ao estudo de caso múltiplo. Selecionado o contexto de três unidades funcionais de um Centro de Saúde, usaram-se as entrevistas semiestruturadas como método de recolha de informação.

Os resultados revelam alguma convergência de perspetivas com os utentes a atribuírem ao enfermeiro um papel de ‘facilitador do processo de cuidados’, os médicos e assistentes técnicos de ‘mediador’ e os próprios enfermeiros de ‘interlocutor’ deste processo. A par com a competência clínica e científica são valorizadas por todos a proximidade, disponibilidade, empatia e capacidade comunicacional do enfermeiro. Os enfermeiros têm dupla expectativa sobre o seu papel: como ‘coordenador da continuidade dos cuidados’ pela sua proximidade na intervenção em diferentes contextos e situações, sendo coincidente com as expectativas dos outros profissionais; como ‘coordenador do processo de cuidados no domicílio’, sendo similar às expectativas dos utentes que recaem no papel de ‘gestor do processo de cuidados no domicílio’, pelas suas competências na contextualização cultural dos cuidados, combinação e mobilização de recursos para responder às suas necessidades, papel não reconhecido explicitamente pelos enfermeiros cujas expectativas não se orientam para a responsabilidade mas antes para a organização da rede de respostas. As expectativas dos enfermeiros são em parte determinadas pelo contexto organizacional aparte da motivação profissional.

Palavras-chave: Papel; Enfermeiro; Equipas de Saúde; Unidades Funcionais; Centro de Saúde.

ABSTRACT

In Portugal it was implemented a decentralized network of multi-professional and multidisciplinary teams, resulting from the reorganization of health centers to ensure access to health care integrated with proximity approach. These teams' professionals tend to share skills, change roles and work with a wide range of care providers. An understanding of nurse's role will provide greater awareness of their potential in these teams and the (re) orientation of the responses to the real needs in health care of the population.

To know the prospects and expectations that owns the nurses themselves, other professionals and users of the nurse's role in these teams used to the multiple case study. Selected the context of three functional units of a health center, they used the semi-structured interviews as a method of data collection.

The results show some convergence prospects with users to assign nurses to the role of 'facilitator of the process of care', doctors and administrative 'mediator' and the nurses themselves 'interlocutor' role in this process. They are valued by everyone technical and scientific skills, proximity, availability, empathy and communicational capacity of nurses.

Nurses have dual expectation of their role: as 'coordinator of continuity of care' for its proximity to the assistance in different contexts and situations, coinciding with the expectations of other professionals; as 'coordinator of the process of home care', being similar to the expectations of users who fall in the role of 'process manager of home care', for their expertise in the cultural context of care, combination and mobilization of resources to respond to their needs, role does not explicitly recognized by nurses whose expectations are not geared to the responsibility but rather to the organization's network responses. The expectations of nurses are in part determined by the organizational context apart from professional motivation.

Keywords: Role; Nurse; Health Teams; Functional Units; Health Center

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSC - Região de Saúde do Centro

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

ICN - International Council of Nurses

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
PARTE I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTEXTOS, PRÁTICAS E ACTORES	24
1. OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE E A (RE) ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE	25
2. DA MULTIPROFISSIONALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE NA EQUIPA, À INTERDISCIPLINARIDADE NAS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE	39
3. DO DOMÍNIO DISCIPLINAR E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM AO ESPAÇO SOCIAL DA PROFISSÃO	51
PARTE II – O ESTUDO: METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO	70
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS	71
2. ESTUDO DE CASO	78
2.1. O CONTEXTO	87
2.2. PARTICIPANTES NO ESTUDO	95
2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	99
2.3.1. <i>Focus Group Interviewing</i>	101
2.3.2. Entrevista	108
2.3.3. Foto-Elicitação	112
2.4. QUESTÕES ÉTICAS DE ACESSO E TRABALHO NO CAMPO	116
2.5. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS	121
PARTE III – O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS EQUIPAS DE SAÚDE: CRUZANDO PERSPETIVAS E EXPECTATIVAS	128
1. EXPLORANDO A PRAXIS DOS ENFERMEIROS NAS DIFERENTES EQUIPAS... ..	129
2. DO PAPEL OCUPADO AO DESEMPENHADO	137
2.1. AS ‘PRÁTICAS’ E ‘COMPETÊNCIAS’ DIFERENCIADORAS DO ENFERMEIRO PARA OS UTENTES	138

2.2 OS ‘SABERES’ E ‘FAZERES’ ATRIBUÍDOS PELOS OUTROS PROFISSIONAIS	144
2.3. AS ‘FUNÇÕES’ E AS ‘PRÁTICAS’ VALORIZADAS PELOS ENFERMEIROS.....	150
3. DO PAPEL OCUPADO AO NEGOCIADO	161
3.1. A DINÂMICA DE TRABALHO NA EQUIPA AOS ‘OLHOS’ DOS OUTROS PROFISSIONAIS E DOS UTENTES	162
3.2. A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O TRABALHO NA EQUIPA E A PRÁTICA COLABORATIVA	167
4. DO PAPEL OCUPADO AO ESPERADO	176
4.1. O QUE ESPERAM OS UTENTES DOS ENFERMEIROS	177
4.2. O POTENCIAL DO ENFERMEIRO PERCEBIDO PELA EQUIPA	180
4.3. A AUTOIMAGEM E O PAPEL PROFISSIONAL NA INTERPRETAÇÃO DOS ENFERMEIROS	183
5. DAS DIFERENTES PERCEPÇÕES SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO À POSSIBILIDADE EM (RE)CONSTRUÇÃO: PRINCIPAIS CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	199
ANEXOS	
ANEXO I - Pedido de Autorização para realização do estudo	
ANEXO II - Termos de Esclarecimento e Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO III - Plano e Guião do <i>Focus Group Interviewing</i> com Enfermeiros	
ANEXO IV - Plano e Guião de Entrevista aos Utentes	
ANEXO V - Plano e Guião de Entrevista aos Médicos e Assistentes Técnicos	
ANEXO VI - Plano e Guião de Entrevista aos Enfermeiros	
ANEXO VII - Imagens para Foto-Elicitação	
ANEXO VIII - Excerto de <i>Focus Group Interviewing</i>	
ANEXO IX - Exemplo de transcrição de entrevista	
ANEXO X – Exemplo de matriz de redução de dados (excerto temático)	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fases relevantes da evolução dos Centros de Saúde em Portugal.....	36
Figura 2 - Sistema de desenvolvimento de papéis	60
Figura 3 – Esquema conceptual do estudo de caso	85
Figura 4 – Fases processuais do estudo de caso	87
Figura 5 – Subprocessos do processo analítico dos dados	122
Figura 6 – Dimensões das representações sobre a <i>praxis</i> dos enfermeiros	134
Figura 7 - O ‘papel’ do enfermeiro nas perspetivas e expetativas dos utentes	192
Figura 8 - O ‘papel’ do enfermeiro nas perspetivas e expetativas dos outros profissionais	193
Figura 9 - Perspetivas e expetativas dos enfermeiros sobre o seu ‘papel’	194

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização da amostra de enfermeiros	98
Tabela 2 – Caraterização da amostra de médicos e assistentes técnicos	98
Tabela 3 – Caraterização da amostra de utentes	99

INTRODUÇÃO

Nos cuidados de saúde no século XXI, com a complexidade imposta pelas mutações populacionais e padrões de morbilidade e com a constante evolução do conhecimento em saúde, coexistem a incorporação de intervenções sofisticadas e avanços científicos que permitem controlar um número considerável de doenças e erradicar outras, com outras formas de intervenção direcionadas para o envelhecimento da população e o consequente aumento na incidência e prevalência de doenças e situações de cronicidade, que reforçam a complexidade das respostas às necessidades da população em matéria de cuidados de saúde. Resgatam-se nos cuidados de saúde os princípios da universalidade, da acessibilidade, da equidade e da autonomia, surgindo como palavras-chave na orientação da intervenção profissional a inovação, a flexibilidade, a integralidade, a continuidade, a humanização, a responsabilização e participação social. Esta visão intrincada dos cuidados de saúde coloca desafios aos sistemas de saúde, sobretudo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que abrangem uma ampla gama de necessidades de saúde e sociais da população, o grande desafio para uma prestação de serviços abrangente e adequada ao perfil da população e comunidades locais, reside na descentralização e proximidade dos cuidados, na rentabilização de recursos e serviços, na potenciação da complementaridade e clarificação da missão dos intervenientes em saúde, o que exige coordenação e intercolaboração.

Estes desafios modelam os ambientes nos quais os enfermeiros prestam CSP, pelo que necessitam de conseguir lidar com esta complexidade sendo pró-ativos na oferta de cuidados de saúde de qualidade, não só mobilizando as suas competências diferenciadoras para responder de forma efetiva às reais necessidades em cuidados de saúde da população, mas desenvolvendo também a capacidade de inovar e antecipar as respostas perante as necessidades que vão emergindo (International Council of Nurses [ICN], 2008; 2009). Tendo por base alguns fatores, nomeadamente os crescentes custos dos cuidados de saúde, o aumento das expectativas e exigências dos utentes, as alterações demográficas e envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas, endémicas e pandémicas, e de doenças novas e reemergentes, o ICN (2008) defende que os enfermeiros podem estar na vanguarda dos CSP. Constituindo o maior grupo de

prestadores de cuidados e intervindo também onde as pessoas se encontrem (e.g. em casa, nas escolas, nos locais de trabalho ou em contextos comunitários) os enfermeiros estão numa posição crítica para providenciar soluções criativas e inovadoras que fazem uma diferença real para a vida quotidiana dos utentes, famílias e comunidades, desempenhando um papel central que necessita de estar implementado para garantir cuidados de saúde equitativos e universalmente acessíveis (ICN, 2008; 2009). Os enfermeiros surgem também como o grupo profissional privilegiado não só para liderar a prevenção das doenças crónicas mas também a sua gestão e os cuidados continuados nestas situações de doença de duração prolongada e progressão lenta (e.g. diabetes, depressão, cancro, doenças cardiocerebrovasculares) de forma mais eficaz e de acordo com a situação local e os recursos disponíveis (ICN, 2010). Este Conselho afirma mesmo que em qualquer sistema de saúde baseado nos CSP, o papel dos enfermeiros deverá ter um lugar de destaque tendo em conta que,

Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida (ICN, 2008, p. 16).

Alerta ainda os enfermeiros para que, enquanto figuras centrais na prestação de CSP, se envolvam, liderem e coordenem os cuidados, por forma a otimizar a acessibilidade, a promoção da saúde e a prevenção de doenças crónicas, a adesão às medidas de saúde e terapêuticas, e os custos de saúde. Mas para isso, é necessário que os enfermeiros integrem nas suas intervenções um conjunto de competências para além das clínicas: a capacidade para a advocacia, a perícia na comunicação, no ensino e no treino serão essenciais à continuidade aos cuidados à medida que a prestação de cuidados se vai deslocando do curativo para o preventivo, da instituição para o domicílio; melhorar o acesso, a qualidade e a continuidade dos cuidados implica orientar os utentes e as famílias para os serviços e cuidados mais adequados e funcionar como mediador perante outros prestadores de cuidados, o que exige ao enfermeiro capacidades de colaboração e coordenação para gestão de casos (ICN, 2008; 2010).

Na perspetiva do ICN (2009) os desafios que o mundo em permanente mudança nos coloca constituem uma oportunidade para os enfermeiros fazerem uma diferença significativa, uma vez que nos sistemas de saúde se procura cada vez mais prestar cuidados de saúde equitativos, seguros e efetivos, ao mesmo tempo que se contêm os custos. Ao nível dos CSP, todos os dias os enfermeiros estão envolvidos em atividades inovadoras e são promovidos projetos inovadores liderados por enfermeiros, seja na área da promoção da saúde (e.g. prevenção de acidentes infantis, cessação do tabagismo), da prevenção da doença (e.g. rastreio do cancro da mama e do colo do útero) ou da gestão de doenças crónicas (e.g. programas para cuidadores informais). Há evidência que destas iniciativas resultaram melhorias significativas tanto na saúde dos utentes e das populações como nos sistemas de saúde, contudo a contribuição da enfermagem para a inovação nos cuidados de saúde tem um reconhecimento incipiente e é insuficientemente publicitada publicamente ou partilhada entre os próprios enfermeiros. Frequentemente os enfermeiros inovam para encontrar respostas perante uma necessidade ou uma lacuna nos serviços ao longo do contínuo de cuidados mas são igualmente importantes as inovações ao modo de abordagem dos cuidados, seja com os utentes e as famílias, seja através de novas parcerias de colaboração com outras organizações e prestadores de cuidados, comunidades e grupos comunitários. Embora dependente (parcialmente) do ambiente cultural e organizacional do sistema institucional de saúde, a inovação está subjacente à conduta profissional dos enfermeiros e às relações com os outros profissionais na equipa de saúde, sobretudo na criação de um ambiente de trabalho que recetivo e propicio a alterações nas práticas de prestação de cuidados. Também os enfermeiros com cargos executivos ou posições de liderança na organização dos de cuidados de saúde ou ao nível da instituição desempenham papéis importantes pelo contributo significativo no desenvolvimento de um ambiente de apoio e incentivo à inovação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) tem evidenciado a relevância do desenvolvimento de uma cultura interdisciplinar na prática colaborativa para uma resposta efetiva às necessidades da população e as tendências internacionais indicam que em muitos países está em curso o desenvolvimento de equipas multiprofissionais e interdisciplinares. Só com os conhecimentos e competências inerentes aos diferentes profissionais é possível lidar com as formas de viver emergentes e constituídas nas sociedades modernas, com grupos populacionais, famílias e utentes com diferentes e até

mesmo opostos estilos de vida, compartilhando os ‘saberes’ profissionais com os ‘saberes’ populares para a tomada de consciência da sua responsabilidade nas situações de saúde, capacitando-os desencadeando um processo de parcerias, promovendo uma saúde mais integrativa, gerando novas práticas profissionais que otimizem os recursos disponíveis e respondam mais efetivamente às necessidades de saúde (Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby & Roots, 2013). O ICN (2015) considera que esta abordagem é a pedra angular dos cuidados de saúde centrados na pessoa e que os sistemas de saúde precisam de capitalizar a contribuição dos enfermeiros nas equipas de saúde em geral e nos cuidados em particular.

No alinhamento com as tendências internacionais, Portugal coloca o cidadão no centro do seu próprio sistema de saúde, assumindo que o conjunto de todos os atores sociais e de saúde (cidadãos, profissionais de saúde, gestores, políticos) têm igualmente um papel importante pelo seu contributo para os objetivos da organização da saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2008). Com vista a assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, encetaram-se nas últimas décadas algumas reformas, destacando-se a dos CSP, iniciada em 2005, assente na reorganização dos Centros de Saúde (CS) e na criação de Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), numa arquitetura organizacional cujos elementos estruturais são as unidades funcionais de saúde numa lógica de proximidade às populações. Visa melhorar o desempenho dos CS através da sua reorganização numa rede descentralizada de equipas multiprofissionais e multidisciplinares, com autonomia organizativa, com estratégias de intervenção contratualizadas e participativas, que constituem as unidades funcionais dos CS, com missões específicas consoante os problemas e as necessidades de saúde a satisfazer. Destacam-se as equipas das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cujas missões específicas são os cuidados à pessoa e à família, da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) responsável pelos cuidados a grupos com necessidades especiais. Estas diferentes equipas complementam-se entre si, estão mais próximas dos cidadãos e assumem compromissos de acessibilidade e de qualidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 28/08).

Esta reforma, ao implicar a multiplicação de equipas de saúde multiprofissionais e multidisciplinares tem influências não só ao nível organizacional mas também nos próprios profissionais. O desenvolvimento destas equipas de saúde como um dos elementos chave para responder às necessidades de saúde das pessoas, das famílias e

grupos da comunidade, pressupõe a construção de um projeto comum de prestação dos cuidados o que exige que a intervenção especializada de cada grupo profissional não só se complemente, mas se construa também na interação entre profissionais e com os utentes, na qual a interdisciplinaridade é essencial. Nestas equipas, à semelhança do que acontece internacionalmente, a forma como os enfermeiros funcionam na equipa tendem a alterar-se e diversificar-se, como referiu o ICN (2008) estarão a partilhar competências, a mudar de papéis e a trabalhar com um leque mais alargado de prestadores de cuidados. Foi neste contexto que emergiram as primeiras interrogações fazendo surgir algumas questões de partida:

- Tratando-se de unidades funcionais com missões específicas, como será que os enfermeiros vêem o seu papel em cada uma?
- Será que compreendem que nestas unidades e nestas equipas de saúde, a autonomia funcional e contratual possibilita que se tornem os próprios agentes de mudança dos papéis que desempenham?
- Em face destas mudanças, será que os enfermeiros têm consciência do potencial do papel da enfermagem perante este modelo de cuidados de proximidade?

O desenrolar gradual e crescente destas interrogações iniciais conduziu a pesquisa exploratória sobre teorização dos papéis, da qual sobressaiu que numa organização o sistema de papéis é mantido, ao menos em parte, pelo conjunto de expectativas do papel desempenhado pelos atores organizacionais, quer sejam ou não do mesmo grupo profissional e disciplinar. São os papéis que diferenciam as funções e os cargos exercidos pelas expectativas daí decorrentes em relação a seu comportamento (Hardy & Conway, 1988). À luz desses conceitos, pode-se dizer que o papel desempenhado pelo enfermeiro é socialmente construído na interação com profissionais de outras áreas da equipa e com os utentes, consistindo num conjunto de ações influenciadas por expectativas próprias e percebidas, prescrevendo formas de comportamento e diferenciando as suas funções (Brookes, Davidson, Daly & Halcomb, 2007). Estes pressupostos, conduziram a outras interrogações:

- Trabalhando em equipa com os enfermeiros, como é que o seu papel será entendido pelos médicos em cada uma destas unidades funcionais? Que funções do enfermeiro serão valorizadas?
- E para os utentes, quais serão as funções que diferenciam os enfermeiros? Qual será o papel que atribuem ao enfermeiro?

- E os elementos administrativos da equipa de saúde (na maioria das vezes o primeiro contato dos utentes com a equipa), como entendem as funções e o papel do enfermeiro? Em que situações/problemas orientam os utentes/famílias para respostas dos enfermeiros?

Estas interrogações constituíram o fio condutor de uma revisão sistemática de literatura que se realizou na procura de estudos que lhes respondessem e constituíssem o percursor da compreensão sobre o seu papel profissional dos enfermeiros na equipa multidisciplinar de saúde no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Dos achados dos estudos que constituíram a amostra ressaltou que a abordagem de cuidados baseada em equipas multiprofissionais e interdisciplinares exige comprometimento e participação ampla de todos os grupos profissionais, e sugerem que o funcionamento eficaz depende da compreensão que os profissionais têm das competências, funções e responsabilidades de cada um na equipa. No entanto, os outros profissionais detinham um conhecimento superficial das funções do enfermeiro e o papel do enfermeiro não era claro para os utentes. Apesar disso, foi consensual que o papel do enfermeiro pode ser maximizado nas intervenções preventivas e na gestão das situações de cronicidade. Também os enfermeiros reconheceram que podem assumir um papel de liderança nas intervenções preventivas em saúde e de maior relevo na resposta às necessidades das pessoas idosas e de cuidados domiciliários ligados às situações de doença crónica (Neves, 2012).

No contexto português os enfermeiros têm assegurado respostas seguras, adequadas e eficazes às necessidades dos utentes e de grupos da comunidade, tendo vindo a crescer o seu papel perante a família enquanto unidade de cuidados, em parte pela orientação da USF e da UCSP para os cuidados centrados na família, culminando com o reconhecimento do contributo dos enfermeiros na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar através do enquadramento legislativo do Enfermeiro de Família ao nível dos CSP (Decreto-Lei n.º 118/2014). Também a extensão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) aos CSP (Decreto-Lei n.º 101/2006), integrando nas UCC as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para a prestação de cuidados no domicílio a pessoas em situação de dependência funcional ou doença terminal, reforça o papel central atribuído aos enfermeiros e evidencia as suas competências na garantia da qualidade e continuidade dos cuidados, e

na mobilização de respostas integradas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

Contudo, apesar deste enquadramento legislativo é necessário por parte dos enfermeiros determinação proactiva e corresponsabilização em todos estes processos de (re)construção do modelo organizacional que valorize o seu papel, uma vez que tal não acontecerá pelo imperativo legislativo mas sim pelo (re)pensar da sua *praxis* do ambiente de prática, desde o nível micro de interação com utentes e outros profissionais da equipa ao nível macro na estrutura organizacional e contexto do nível de cuidados (Daiki, 2004). Como defende Ferrer Arnedo (2011), quando da realidade social emergem situações de saúde que implicam o repensar do protagonismo dos diferentes provedores dos serviços relacionados com as necessidades em cuidados, surge uma oportunidade de desenvolvimento de novas estratégias na prática dos cuidados para os enfermeiros. Aponta como exemplo o caso de pessoas mais vulneráveis, que apresentam cronicidade, as situações de dependência e de especial fragilidade dos doentes em situação terminal, que colocam necessidades para as quais os enfermeiros surgem como os profissionais que lhes podem responder mais eficazmente e de forma sustentável para o sistema uma vez que fomentando o autocuidado, potenciam a autogestão e os recursos dos próprios doentes, dos seus cuidadores informais e das redes de apoio de proximidade. O ICN (2015) alega que existe evidência a demonstrar que os enfermeiros são um recurso de saúde custo-eficaz embora sejam muitas vezes subestimados e subutilizados, pelo que devem demonstrar o valor e dos resultados de enfermagem aos utentes, aos outros profissionais de saúde e aos decisores em saúde, sendo capazes de negociar e defender os recursos necessários para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados que prestam.

Nesta sequência, considerou-se como premissa que a conjuntura atual dos CSP em Portugal pode constituir uma oportunidade para colocar em evidência o potencial do papel profissional do enfermeiro na liderança e coordenação de cuidados de continuidade e de proximidade, de forma integradora e longitudinal. Assim, evidenciou-se oportuno o estudo sobre o papel dos enfermeiros no contexto do CS, partindo de uma questão central de investigação:

- Como perspetivam e quais as expectativas dos enfermeiros, dos outros profissionais e dos utentes, sobre o seu papel nas equipas de saúde das unidades funcionais do CS?

Esta foi a questão norteadora do estudo tendo como objetivos principais:

- Analisar as perspectivas dominantes sobre o papel do enfermeiro nas equipas de saúde da USF, UCSP e UCC;
- Identificar as expectativas dos enfermeiros sobre o seu papel em cada uma das equipas de saúde destas unidades funcionais do Centro de Saúde;
- Identificar as expectativas dos outros profissionais das equipas de saúde da USF, UCSP e UCC sobre o papel do enfermeiro;
- Identificar as expectativas dos utentes sobre o papel do enfermeiro na resposta às suas necessidades de saúde.

Ao pretender-se estudar o papel do enfermeiro procura-se o contributo para o desenvolvimento da sua ‘praxis’ e eventual orientação na evolução da oferta de cuidados nestas equipas de saúde e respetivo reflexo nos resultados dos indicadores de desempenho destas unidades funcionais do CS.

Sistematizou-se o relatório deste estudo em três partes:

- A primeira reflete as principais orientações teóricas correspondentes às preocupações e interrogações sobre o papel do enfermeiro, dividindo-se em três capítulos que contextualizam a reforma dos CSP e a reorganização dos CS, as conceituações subjacentes à prática colaborativa nas equipas de saúde e uma abordagem ao enquadramento disciplinar e profissional da enfermagem, que serviram de fio condutor à compreensão do papel do enfermeiro e de referência na sua análise.
- Na segunda expõem-se as opções metodológicas e a construção da problemática, e caracteriza-se o estudo desde o acesso ao trabalho no campo, à seleção e constituição da amostra de participantes, às estratégias de recolha e processo de análise da informação.
- A terceira e última parte engloba os capítulos onde se apresentam os resultados, explanando-se e discutindo as diferentes perceções e expectativas sobre o papel do enfermeiro, e as principais conclusões e implicações.

Na citação das fontes na componente textual e na estruturação das referências bibliográficas optou-se pelos critérios de referenciação bibliográfica da American Psychological Association (APA, 2012).

PARTE I – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTEXTOS, PRÁTICAS E ACTORES

O conhecimento sobre o papel profissional do enfermeiro é configurado através da sua prática profissional e das normas que regulamentam institucionalmente o exercício dessa prática, que a operacionalizam assim como às relações de poder que permitem a emergência de práticas inovadoras e a sua reorganização por parte dos profissionais que praticam o saber que possuem (Gómez, 2009).

Nesta suposição, para o estudo sobre o papel do enfermeiro fez sentido abordar os principais desafios atuais em matéria de saúde e as suas implicações na filosofia e organização de cuidados ao nível dos CSP, percorrer a evolução dos CS em Portugal e traçar o seu perfil atual, expostos no primeiro capítulo.

Das alterações na estrutura organizacional e no modelo de prestação de cuidados no CS, assente na constituição de equipas multidisciplinares com profissionais bem diferenciados em termos de competências e valores e num processo que envolve as culturas profissionais na relação entre profissionais e utentes, emergiu como inevitável a discussão dos conceitos chave inerentes ao trabalho em equipa e à prática colaborativa, abordados no segundo capítulo.

Os cuidados de saúde começam antes das estruturas formais de prestação de cuidados e prolongam-se para lá delas (Teixeira, 2012).

É com este pressuposto que no terceiro capítulo se faz um percurso reflexivo sobre as competências e a *práxis* do enfermeiro e o seu papel atual ao nível dos CSP.

1. OS NOVOS PARADIGMAS EM SAÚDE E A (RE) ORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

A complexidade do viver humano e dos problemas que afetam a saúde das pessoas e o reconhecimento da multidimensionalidade de intervenções para responder às necessidades em saúde da população, colocou um conjunto de desafios que remeteram para uma perspetiva específica da organização de cuidados de saúde. Os sistemas de saúde têm hoje de saber lidar não só com a procura de cuidados de saúde e sociais, decorrentes das mudanças demográficas e dos padrões epidemiológicos, como também promover uma cultura autogénica visando a promoção da saúde e a prevenção de dependência e vulnerabilidade que podem advir do envelhecimento e da emergência das doenças crónicas. Os CSP têm sido reconhecidos como determinantes para o acompanhamento e resposta de modo mais personalizado às novas necessidades de saúde, uma vez que assentam na continuidade, na compreensividade e são abrangentes, porque incluem cuidados que vão desde a promoção da saúde até à gestão do fim de vida, sendo prestados aos cidadãos e em contexto familiar e comunitário (Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2007_b; Almeida, 2010).

Desde a segunda metade do século XX que o paradigma pluridisciplinar emergiu, com a inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, no sentido de compreender o papel das atitudes, dos comportamentos, dos estilos de vida, da cultura e das condições sociais no desenvolvimento de doenças, na previsão do risco e vulnerabilidade em determinados grupos populacionais. Este paradigma orientou para uma organização dos serviços de saúde assente em equipas multiprofissionais, predominando inicialmente a produção segmentada de cuidados com posterior evolução para novos paradigmas interpretativos e de intervenção interdisciplinar, embora com uma abordagem nos cuidados de saúde muito centrada na gestão da doença com um insipiente compromisso e envolvimento dos utentes, famílias e comunidades (Ayres, 2007; Luz, 2009).

O progressivo envelhecimento da população, a prevalência das doenças crónicas e as alterações dos núcleos familiares de suporte, originaram um gradiente de necessidades, não só de saúde mas também sociais, direcionadas para a gestão das doenças de

evolução prolongada e de incapacidades relacionadas com o processo de envelhecer, mas também para o lidar com dependências e o fim de vida. Paralelamente despontou a necessidade de desinstitucionalização dos doentes e contenção de custos, redirecionando-se a prestação de cuidados para o contexto domiciliário e para a valorização do utente, da família e da comunidade em que se encontram inseridos como recurso do sistema de saúde, visando assegurar a sua sustentabilidade. As doenças crónicas, e a incapacidade que muitas vezes lhe está associada, constituem hoje um dos maiores problemas em saúde com expressão mundial e resultam não só do envelhecimento da população mas também da globalização de fatores de risco relacionados com estilos de vida. Assim, têm assumido crescente importância os autocuidados de saúde e de autogestão da doença crónica, com ênfase na adesão à terapêutica, pelo que o utente capacitado na saúde e na doença se revelou como um recurso significativo para o sistema de saúde (Almeida, 2010).

Progressivamente o utente e família têm sido reconhecidos como parceiros ativos na gestão do processo saúde/doença, ao invés de exclusivos destinatário de cuidados, evoluindo-se de uma perspetiva dicotómica para uma perspetiva inclusiva e em *continuum* da prestação de cuidados, ocorrendo uma série de transformações não só nas relações e modos de produzir cuidados, com o desenvolvimento da autonomia e autorresponsabilização dos utentes e famílias, mas também na organização dos cuidados com crescente ação intersectorial e intervenção em rede com envolvimento da comunidade e parceiros sociais. A literacia e a capacitação em saúde têm contribuído sobretudo para a gestão da doença, através do incremento das habilidades de autocuidado das pessoas, mas estrategicamente têm assumido relevo para a valorização da qualidade de vida, da significância dos cuidados no domicílio, promovendo simultaneamente a integração da comunidade e seus recursos no planeamento e gestão das doenças crónicas, e em última instância têm contribuindo também para a promoção da saúde da população (Vilela & Mendes, 2003; Dias & Santana, 2009; Almeida, 2010).

Foi neste contexto que emergiu nos últimos anos a transição para outros paradigmas, predominando o da produção social da saúde e o da complexidade. O primeiro surge em resposta às permanentes transformação em saúde, concebendo-a também como produto social resultante de um conjunto de fatores ideológicos, políticos, e socioeconómicos, o que significou, necessariamente, inscrevê-la no campo da interdisciplinaridade e a intervenção na ordem da intersectorialidade. O segundo desponta como transformador da

organização da prática científica e tecnológica, da lógica da interdisciplinaridade para a transdisciplinaridade. Coloca-se atualmente aos sistemas de saúde o desafio de incorporar estes paradigmas em construção, que envolve diferentes setores sociais e disciplinas, com os serviços de saúde centrados nas necessidades das pessoas e das comunidades, no qual se produzem saberes e práticas conduzidos pela promoção da saúde e pelos conceitos de qualidade de vida nos cuidados no processo de viver, ser saudável e adoecer (Vilela & Mendes, 2003; Filho, 2005; Erdmann, Andrade, Mello & Meirelles, 2006; Almeida, 2010).

Os reptos atuais implicaram modificações nas estruturas, nos modelos de organização dos sistemas de saúde e nas culturas profissionais. As políticas de gestão em saúde tendem a incorporar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, no respeito pelas diferenças regionais, as dimensões e distribuição geográficas, inculcando proximidade e promovendo a autonomia e participação das pessoas, das famílias e comunidade nas decisões que as afetam em matéria saúde. Na perspetiva organizacional e operacional emergem nas unidades de saúde o desenvolvimento de uma cultura interdisciplinar e a consolidação de equipas de saúde, capacitadas para realizar uma intervenção colaborativa e integrativa, o que representa uma mudança significativa face à tradicional fragmentação, tanto ao nível da gestão (decisão partilhada) como da prestação de cuidados (visão integral e dinâmica do processo saúde/doença) com mobilização de parceiros sociais quando necessário (Erdmann *et al.*, 2006; Ayres, 2007; Dias & Santana, 2009). Na opinião de Erdmann *et al.* (2006), são estes os requisitos que permitem a defesa dos direitos de cidadão e o reconhecimento dos princípios da autonomia, da responsabilidade individual e coletiva, necessários para que as mudanças estruturais e sociais se potencializem. Acrescentam, ainda, que a substituição do mito da competência técnica absoluta pela centralidade nas necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade tem potencial para que os profissionais de saúde aprendam “(...) a ser, a fazer, a reaprender e a inovar na busca de melhores práticas de cuidado segundo condições, contextos, limites, possibilidades e oportunidades encontradas ou criadas.”, propiciando uma intervenção “(...) centrada em atitudes de respeito, criticidade, reflexividade e autenticidade, motivada pelo interesse de promover melhor qualidade de vida e de saúde à sociedade.” (Erdmann *et al.*, 2006, p. 489). Defendiam Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, and Barbosa (2005) que o futuro passaria pela transição para uma ‘sociedade em rede’, acompanhada pela

transformação das relações e *interfaces* transacionais dos atores da saúde e dos mecanismos de cooperação nos sistemas de saúde, o que implica que se faça “(...) circular informação, que se torna conhecimento, que se modifica comportamentos e se traduz em acção, favorecendo a inovação e promovendo a sua difusão, em função de relações de confiança baseados em comunidades de valores.” (p. 57). Sustentavam estes autores que só assim seria possível legitimar e sistematizar construtivamente a relação entre os diferentes atores na concretização do potencial de saúde individual e coletivo.

Em Portugal as políticas de saúde têm seguido as orientações da OMS, com a centralidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos CSP, cujo conceito propiciou uma nova conceção de sistema de saúde, assumindo relevo como princípio norteador a universalidade, que impulsionou a acessibilidade e a equidade em saúde, introduzindo paralelamente uma noção mais ampla de saúde, com ênfase na promoção de saúde e importância das pessoas na realização do seu potencial de saúde. Surge atualmente como eixo central para a reorganização e evolução de todo o SNS e do sistema de saúde os pressupostos dos cuidados centrados na pessoa, o olhar e a atenção às famílias, aos grupos, aos contextos e orientação comunitários, assim como a participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades (Biscaia *et al.*, 2008).

A definição de estratégias de saúde tem-se baseado em metas e incorporado o movimento de promoção de saúde, evoluindo-se progressivamente para a implementação de serviços de saúde de proximidade, para responder às necessidades sentidas em cuidados de saúde, e oportunidades para a participação do cidadão, insistindo na necessidade de as pessoas assumirem ativamente o controlo da sua própria saúde (Sakellarides *et al.*, 2005; Ramos & Barbosa, 2014). Em termos organizacionais emergiu o CS enquanto instituição base que permite sustentar um conjunto de pressupostos para responder adequadamente aos problemas de saúde da população, incentivando valores promotores da equidade, com orientação para a comunidade, o trabalho em equipa, a autonomia e responsabilização, e a melhoria contínua da qualidade para o melhor nível de funcionamento do SNS e para os melhores resultados em saúde (OPSS, 2004).

Os cuidados de saúde do século XXI exigem sistemas de saúde adaptativos e estruturas dinâmicas para responder aos estímulos internos e externos, nomeadamente à complexidade imposta pela realidade, com a incerteza inerente às constantes metamorfoses populacionais, às alterações nos padrões de morbilidade e o evoluir

quotidiano do conhecimento e das tecnologias em saúde, mantendo-se os CS como estruturas alicerce tendo por base que “São organizações vivas, complexas, inseridas e interagindo com uma ainda mais complexa rede que se estende a toda a sociedade, a tudo e a todos.” (Ferrão & Biscaia, 2006, p.91).

O CS tem acompanhado a reorganização e reorientação dos CSP em Portugal identificando-se três gerações na sua evolução, com enquadramentos e características distintas:

- Os “centros de saúde de primeira geração” foram criados em 1971 e organizados de forma a funcionar ao nível concelhio visando a grande cobertura para a população, em termos de acesso aos cuidados passaram a ser a principal porta de entrada no sistema de saúde. Detinham um perfil de atuação prioritariamente ligado à prevenção da doença e promoção da saúde, e ao acompanhamento de alguns grupos de risco, com uma prática de saúde comunitária programada por valências ou programas normalizados, incluindo cuidados em ambulatório e atividades como vacinação, vigilância em saúde materno-infantil e de planeamento familiar, saúde escolar e ambiental. Coexistiam com os postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência, que asseguravam os cuidados curativos extra-hospitalares, traduzidos em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde mas em resposta à procura expressa dos doentes (Branco & Ramos, 2001; Teixeira, 2012).

- Os designados “centros de saúde de segunda geração” são criados em 1983, integrando os ex-Serviços Médico-Sociais no CS. Este processo de fusão visou a racionalidade na prestação de cuidados de saúde e a otimização de recursos, mas na opinião de Branco and Ramos, (2001) não conseguiu melhorar nem a acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias nem a programação em saúde e os procedimentos preventivos e de vigilância de saúde. Mantendo-se as estruturas físicas, patrimoniais e humanas das estruturas anteriores, este modelo não conseguiu dissipar as duas culturas organizacionais distintas nem a lógica de segmentação profissional, acentuando-se a tendência de os CS se virarem sobre si próprios o que se revelou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades. Em 1996 decorreram um conjunto de projetos experimentais de novos modelos organizacionais, assentes em pequenas equipas descentralizadas, visando o melhor aproveitamento dos recursos existentes. Basearam-se no princípio da afetação da remuneração a critérios de

desempenho, com iniciativa dos profissionais na constituição de equipas multiprofissionais e no compromisso de ação assente na acessibilidade e qualidade dos cuidados. Destas experiências ressaltaram positivamente o aumento de listas de utentes, o alargamento do horário de atendimento e o atendimento pós-laboral, e a marcação de consultas para situações urgentes no próprio dia (Biscaia *et al.*, 2008; OPSS, 2008; Teixeira, 2012).

- Em 1999 foram legislados os “centros de saúde de terceira geração”, aos quais são atribuídas personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, com vista à descentralização e a uma maior autonomia funcional, proporcionando-lhes maior adaptação às especificidades locais e das populações na sua área de abrangência. Foi definida uma estrutura organizacional em unidades operativas com missões complementares: a USF, constituída por uma pequena equipa multiprofissional organizada por listas de utentes, que visava a modernização organizativa e a prestação de cuidados num contexto de grupo e equipa, com substituição da prática profissional por uma cultura de grupo e análise interpares de práticas e procedimentos; a Unidade de Saúde na Comunidade, formada igualmente por uma pequena equipa multiprofissional organizada por pequenas áreas geográficas, que constituiu uma inovação estrutural para modificar a imagem e o papel dos CS junto das populações; a Unidade de Saúde Pública (USP), que permitia cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde coletiva da comunidade no seu conjunto. Constituíam o elo de ligação e de entrosamento dos CS com a restante rede infraestrutural da saúde pública, que estava a ser estruturada por círculos de âmbito local, regional, nacional e internacional. O que caracteriza estes “centros de saúde de terceira geração” é a sua orientação para os utentes e para a comunidade, privilegiando a liberdade de escolha do médico e proporcionando maior proximidade e intervenção no terreno, reduzindo desigualdades e indo ao encontro dos mais vulneráveis (Branco & Ramos, 2001; OPSS, 2008).

Até 2001 desenvolveram-se estratégias de implementação para os “centros de saúde de terceira geração” e a partir daí até à reconfiguração do CS com a reforma dos CSP, iniciada em 2005, há que destacar a criação da Rede de CSP (Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril) e a publicação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, que vieram recentrar as preocupações na adequação dos cuidados às verdadeiras necessidades do cidadão, orientados para a família e o ciclo de vida, num processo participativo e inclusivo. De entre as principais estratégias orientadoras do PNS, Biscaia (2006)

ressalta a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em *settings* (escolas, locais de trabalho...) e a capacitação do sistema de saúde para a inovação, por implicarem diretamente os CSP e enquadrarem a sua reforma.

Em 2005, com a reforma dos CSP, iniciou-se um processo de crescimento, de mudança progressiva, de maturação e inovação no funcionamento dos CS, tendo como objetivos melhorar a justiça distributiva, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resolver os problemas dos cidadãos através do aumento da acessibilidade, da multidisciplinaridade, da integralidade e da continuidade dos cuidados de saúde. Paralelamente visa a qualidade, com a resposta mais adequada às necessidades dos cidadãos, mas também dos profissionais, e a contenção de custos passando da lógica da “oferta de recursos” para a lógica “da procura de resultados” produzindo valor para o cidadão. As implicações destas tendências da reforma da saúde em Portugal, podem resumir-se na reorganização da intervenção comunitária, na melhoria dos cuidados domiciliários e dos cuidados paliativos, e na implementação de redes de apoio às famílias, visando um maior investimento na promoção da saúde e na gestão das doenças crónicas, às quais se podem atribuir importantes perdas de qualidade de vida e gastos em saúde, um maior esforço na literacia em saúde dos portugueses (OPSS, 2007). No sentido da flexibilização organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade e da sustentabilidade, o princípio geral da reorganização dos CS assenta na criação de pequenas unidades funcionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna de prestação de cuidados de saúde à população, e a criação de ACeS, promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão (Pisco, 2011).

No contexto legislativo a reforma inicia-se com o reforço da criação das USF, através de Despacho Normativo 9/2006, de 16 de Setembro e posteriormente pelo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, culminando com a reestruturação dos CSP estabelecida pelo Decreto-Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro, sucessivamente alterado pelos Decretos - Lei nº 81/2009, de 2 de abril, nº 102/2009, de 11 de maio, nº 248/2009, de 22 de setembro, e nº 253/2012 de 27 de novembro. São reforçados os valores de proximidade, acessibilidade e equidade na prestação de cuidados, assim como a pro-atividade perante os grupos mais vulneráveis com o desenvolvimento de intervenções em saúde multidisciplinares e intersectoriais, com o envolvimento da comunidade e dos cidadãos,

de modo a garantir a continuidade e integração dos cuidados de saúde (MCSP, 2007_b; 2011). Seguindo esta lógica, os CS são agregados em ACeS, tendo por base um critério populacional (dimensão entre 50.000 a 200.000 pessoas) complementado por um conjunto de variáveis como a acessibilidade geográfica, a densidade populacional e a acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares; o CS é rebatizado em UCSP; são criadas novas unidades de prestação de cuidados e serviços, a UCC, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); mantem-se a USP. Assim, os ACeS caracterizam-se por uma estrutura assente em cinco tipos de unidades funcionais, com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede, com autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de um concelho ou de um conjunto de concelhos. O seu carácter inovador reside na sua autonomia de governação clínica e da participação ativa da comunidade (integração de um representante das autarquias) que lhes permite organizarem-se em função da realidade local e necessidades em cuidados de saúde à população e à comunidade da sua área de abrangência.

Enquanto unidades de prestação de cuidados de saúde de proximidade, a UCSP partilha com a USF a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes e famílias inscritos na unidade de saúde, assegurados por equipas de saúde, maioritariamente compostas por um pequeno número de médicos, enfermeiros e administrativos, podendo vir a ser integrados, de acordo com a contratualização de uma carteira adicional de serviços, outros profissionais de saúde, nomeadamente de serviço social, psicologia, fisioterapia, higiene oral, radiologia, nutrição e dietética, entre outros, dependendo das necessidades da população da área em questão. Ambas são coordenadas por um médico de medicina geral e familiar e têm a mesma carteira básica de serviços a garantir. As diferenças entre estas duas unidades funcionais são essencialmente organizacionais:

- Pela implementação, que no caso da USF segue um processo de constituição voluntária da equipa e escolha dos elementos que a integram (3 a 8 médicos de família, igual número de enfermeiros de família e assistentes técnicos, abrangendo uma população entre 4.000 e 14.000 pessoas);
- Pelos graus de autonomia técnica, funcional e organizativa e processos de contratualização, com a USF a praticar a intersubstituição (garantindo sempre o

atendimento aos utentes) e a corresponsabilizar toda a equipa na definição de objetivos e um plano de ação;

- Pelo nível de desenvolvimento da equipa, designadamente pelos distintos compromissos de cooperação interprofissional no âmbito da autonomia organizativa de cada uma das unidades.

A UCC é a unidade funcional do ACeS vocacionada para mobilizar recursos instalados noutras unidades, com objetivos precisos para prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, a pessoas, famílias ou grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, através de intervenções específicas nos domicílios e na comunidade ou na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. É constituída por uma equipa multidisciplinar, coordenada por um enfermeiro, com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACeS. A dimensão da equipa está em concordância com as horas de cuidados necessários para responder às necessidades da comunidade, podendo integrar profissionais a tempo inteiro ou parcial. A intervenção da UCC caracteriza-se pela seletividade e prioridade das intervenções, cuja hierarquização e decisão de intervenção ocorre em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema e das necessidades de cuidados, tendo em conta os recursos disponíveis. Assim, idealmente, em cada CS deve existir uma UCC, cuja área geodemográfica de intervenção deve abranger mais do que uma freguesia mas não mais do que um concelho, visando o desenvolvimento de projetos de parceria com autarquias e instituições da comunidade e a proximidade com as próprias comunidades (MCSP, 2011). Os cuidados domiciliários constituem uma área relevante de intervenção da UCC na resposta às necessidades de cuidados continuados integrados a doentes crónicos, nomeadamente aos mais dependentes e/ou em fase avançada de doenças graves e incuráveis, que muitas vezes se situam na esfera de ação dos cuidados paliativos, evitando a sua exclusão ou discriminação social por se encontrarem no domicílio.

São parte integrante da UCC a ECCI e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), no âmbito da RNCCI, em conformidade com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade da UCC e das entidades de apoio social que se organiza consoante as necessidades e recursos disponíveis à especificidade de cada área de intervenção para prestação de

serviços domiciliários. Em função de critérios de distribuição geográfica da população residente e da alocação de recursos humanos, pode integrar médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social e profissionais de apoio social e outros, para a prestação de cuidados no domicílio e de serviços domiciliários “(...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença e com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3862). A ECSCP “(...) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde, com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.”, tendo por finalidade “(...) prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados (...)” (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3862). Estas equipas estão orientadas para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica, as impede de se deslocarem ao CS. Prestam cuidados de saúde domiciliários numa perspetiva de intervenção interdisciplinar e em rede, através da realização de visitas domiciliárias programadas consensualmente na e em equipa, onde necessariamente se inclui o doente, a família e/ou cuidador, cuja periodicidade varia em função das necessidades não só o doente mas também da família/cuidador informal (MCSP, 2007_a, 2011).

Concomitantemente, a UCC desenvolve um trabalho de cooperação e complementaridade com as diferentes unidades funcionais do CS, nomeadamente para os diagnósticos de saúde e sociais da comunidade, da responsabilidade da USP, as atividades relacionadas com os Programas Nacionais de Saúde Escolar e de Promoção de Saúde Oral e a prestação de cuidados no domicílio a pessoas não abrangidas pelas USF e UCSP, podendo as ECCI integrar médicos e enfermeiros destas unidades funcionais do CS a que pertencem (MCSP, 2011).

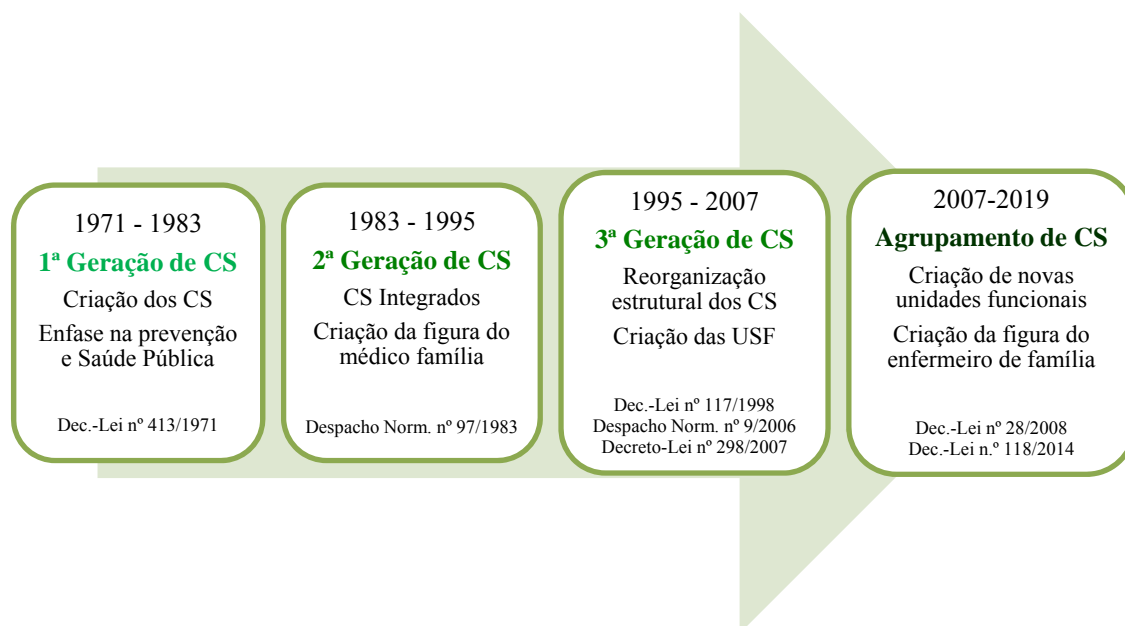
As restantes unidades operativas visam completar a funcionalidade e capacidade de resposta dos centros de saúde em relação às necessidades da população, numa lógica de redes de proximidade de promoção e proteção da saúde. Em cada ACeS, a USP constitui-se como observatório local de saúde na área geodemográfica dos seus CS. É a unidade funcional que elabora informação e planos em domínios da saúde pública, procede à vigilância epidemiológica e gere programas de âmbito populacional nos domínios da prevenção, promoção e proteção da saúde. É constituída por uma equipa

multiprofissional, coordenada por um médico de saúde pública, com autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACeS. A URAP é a unidade que presta serviços assistenciais partilhados e de consultadoria no ACeS. Cada URAP tem uma equipa composta por assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais, pode ainda integrar enfermeiros e médicos de várias especialidades que não de medicina geral e familiar e de saúde pública. É coordenada por um dos seus técnicos, têm autonomia organizativa e técnica, integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do agrupamento. Tem uma diversidade de competências, organizadas de modo colaborativo e partilhadas equilibradamente. É uma equipa que se especializa na organização de competências para, em cooperação com todas as outras unidades, viabilizar a prestação de cuidados muito específicos a pessoas, famílias, grupos e comunidade, ou ainda para contribuir para o desenvolvimento de projetos transversais às várias unidades funcionais ou ao ACeS.

O processo evolutivo do CS em Portugal, desde 1971 até à atualidade, está sintetizado na Figura 1, com identificação das fases relevantes e marcos legislativos. Criado no intuito de tornar acessíveis cuidados de saúde essenciais para proteger e promover a saúde da população, pode considerar-se que o CS foi pioneiro dos valores e princípios da solidariedade, universalidade e equidade posteriormente consagrados em 1978 na Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os CSP, conhecida como “Declaração de Alma-Ata”. No delineamento e implementação das sucessivas gerações de CS manteve-se o compromisso na acessibilidade equitativa, reafirmou-se a centralidade nas pessoas, famílias e comunidades, procurando-se na atualidade a proximidade, a abrangência e continuidade dos cuidados visando as respostas mais adequadas, acessíveis e custo-efetivas, às necessidades de saúde da população (Ramos & Barbosa, 2014).

Salienta-se a criação da figura do enfermeiro de família no âmbito das USF e UCSP, no enquadramento internacional e concetual nas políticas de saúde da OMS - Região Europeia, pela importância de que se reveste a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem nos CSP em Portugal, ao garantir às famílias o acesso à prestação de cuidados de enfermagem globais, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei nº118/2014).

Figura 1 – Fases relevantes da evolução dos Centros de Saúde em Portugal.



Fonte: Adaptado de Ramos and Barbosa (2014, p. 6).

A reconfiguração do CS, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, veio criar um novo paradigma quer na organização quer na prestação de cuidados. Em termos organizacionais, a arquitetura organizacional dos CS caracteriza-se pela descentralização assente em equipas de carácter estrutural permanente, baseadas no trabalho em equipa multiprofissional, mais próximas das pessoas e das comunidades, com missões específicas e com serviços detalhadamente definidos, com autonomia técnica e organizacional (MCSP, 2007_b). Na prestação de cuidados, a intervenção orienta-se para as abordagens complementares ao indivíduo, às famílias, aos grupos vulneráveis e em risco, e à comunidade (Ramos & Barbosa, 2014):

- Os cidadãos e as famílias são atendidos predominantemente pelos profissionais da sua equipa de saúde familiar (na USF ou na UCSP) que lhe asseguram uma intervenção personalizada, tendo em conta as suas características individuais e necessidades em saúde, procurando identificar ou contribuir para a resolução/gestão de problemas de saúde através de cuidados de promoção da saúde, preventivos ou curativos. Em situações específicas, a intervenção pode envolver a família nos cuidados ao indivíduo ou realizar-se em complementaridade com a UCC, mobilizando e integrando recursos familiares e/ou da comunidade.

- Às pessoas, famílias ou grupos com necessidades especiais a UCC assegura cuidados, intervindo seletivamente e com hierarquização de prioridades em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema e dos recursos que dispõe. São intervenções caracterizadas pela exterioridade face ao espaço físico da unidade funcional, pela proximidade, desenvolvidas na comunidade ou nos domicílios. Embora a responsabilidade de intervir seja da UCC, pode envolver as restantes as outras unidades funcionais num trabalho em rede.
- A promoção e proteção da saúde, e a prevenção da doença na comunidade é assegurada através de intervenções baseadas num diagnóstico de saúde visando a obtenção de ganhos de saúde específicos para aquela comunidade. Implica o desenvolvimento integrado de intervenções, com estratégias e objetivos adequados quer a grupos da comunidade, às famílias ou aos indivíduos. Globalmente este tipo de intervenção é da responsabilidade da USP, mas ao exigir uma abordagem multidisciplinar e intersectorial acaba por implicar a articulação e complementaridade de todas as unidades funcionais do ACeS. Sendo uma intervenção comunitária, que decorre dos níveis de literacia em saúde dos indivíduos e dos seus contextos sociais e ambientais, requer não só o conhecimento dos seus valores e práticas em saúde mas também o envolvimento da própria comunidade e das suas organizações para a capacitação em saúde e a intervenção nos problemas de saúde da comunidade e nos determinantes que lhe estão associados.

Da reorganização dos CS, ressalta a centralidade no cidadão, a prioridade na promoção de uma resposta favorável à saúde, a gestão integrada da doença valorizando a qualidade de vida, a aproximação às famílias e à comunidade, o que funcionalmente orienta para a sinergia de intervenções das diferentes unidades funcionais do ACeS, à subsidiariedade de recursos, desafiando as equipas multiprofissionais e multidisciplinares ao desempenho numa dinâmica transversal e ao trabalho em rede, deslocando sempre que necessário a intervenção para contextos fora das unidades funcionais de saúde (Biscaia, 2006; MCSP, 2011).

A reestruturação dos CS ao assentar em equipas multiprofissionais enquanto elemento estrutural central implica uma cultura colaborativa com práticas de trabalho flexíveis, não só nas equipas estruturalmente delimitadas para cumprirem as respetivas missões, mas também interequipas para se complementarem nos cuidados à população, o que “(...) coloca múltiplos desafios à cultura das organizações de saúde em Portugal, não só

a patente (aquela que é visível – estrutura, processos, estratégias, objectivos) mas principalmente a latente (o chamado inconsciente organizacional – as crenças, as «certezas fundamentais», os conflitos reprimidos...).” (Biscaia, 2006, p. 68). Acrescenta Teixeira (2012) que ao reconfigurarem-se os quadros organizacionais e relações de trabalho, reordenam-se também hierarquias formais e informais, criam-se novos centros de decisão e estabelecem-se novos canais e circuitos de poder o que nos remete para as questões da interdisciplinaridade, prática colaborativa e espaço social da enfermagem nas equipas de saúde, que se abordam nos capítulos seguintes.

2. DA MULTIPROSSIONALIDADE E MULTIDISCIPLINARIDADE NA EQUIPA, À INTERDISCIPLINARIDADE NAS PRÁTICAS COLABORATIVAS EM SAÚDE

A ênfase no trabalho em equipa tem aumentado praticamente em todos os setores da sociedade refletindo a evidência de que pessoas com diferentes conhecimentos, formação, experiência e atitudes encontram novas formas de trabalhar em conjunto, daí resultando uma maior inovação, produtividade e sinergia. A equipe multiprofissional é hoje uma realidade indiscutível no contexto de saúde e a multidisciplinaridade é essencial para equacionar a complexidade dos problemas que envolvem a saúde e a qualidade de vida das populações, atendendo a que cada um dos campos disciplinares dispõe de uma abordagem privilegiada relativamente às configurações do complexo saúde/doença/cuidados sem, no entanto, nenhum deles o apreender na sua totalidade (Nolte, 2005).

A definição ainda hoje predominante de equipa é a de um conjunto de pessoas que interagem de forma interdependente para atingir um objetivo comum. Quando as atividades requerem múltiplas habilidades, julgamentos e experiência, as equipas são capazes de melhorar o desempenho individual porque ele próprio se torna mais flexível (Pinho, 2006). Importa distinguir entre as duas noções que recobrem o conceito de equipa: enquanto equipa agrupamento ou grupo de trabalho, e equipa de trabalho propriamente dita. O grupo de trabalho caracteriza-se pela fragmentação resultando o desempenho da justaposição das contribuições individuais dos seus membros. Ocorre um processo de interação que é usado para partilhar informação e tomar decisões com o objetivo de auxiliar cada elemento no desempenho na sua área específica de atuação. Na equipa de trabalho, o desempenho assenta na interação das pessoas e na articulação das ações individuais, colocando em evidência as interdependências para conseguir a integralidade das intervenções. Em ambas, no entanto, é necessário o desempenho coletivo e a responsabilidade conjunta, assim como o exercício de autonomia técnica e a independência da intervenção especializada ou a sua complementaridade objetiva, (Pezuzzi, 2001; Pinho, 2006).

Quanto à equipa de saúde, é genericamente concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. É uma realidade constituída por profissionais individuais com liberdade para agir de modo nem sempre totalmente previsível e cujas ações se encontram interligadas a tal ponto que a ação de um profissional modifica o contexto para os outros (Rowe & Hogarth, 2005). Numa pesquisa bibliográfica sobre equipa de saúde, Peduzzi (2001) constatou que raramente tem sido explorada como realidade objetiva e subjetiva do trabalho em saúde, predominando a abordagem teórica e a reflexão acerca das equipas de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde, com conceções orientadas para a atuação conjunta de cada área profissional sem que a articulação da ação especializada seja problematizada.

Na literatura são evidentes termos como interprofissional, multiprofissional, interdisciplinar, e multidisciplinar para descrever modalidades de trabalho de colaboração entre profissionais na equipa de saúde verificando-se alguma inconsistência no uso desta terminologia. Nolte (2005) defende que para promover a interdisciplinaridade na equipa multidisciplinar no âmbito dos CSP é necessário esclarecer estes conceitos pela importância que assumem no âmbito da coordenação das intervenções e práticas de trabalho uma vez que eles transmitem diferentes graus de colaboração dentro de uma equipe.

O prefixo ‘multi’ significa ‘mais do que um’, sendo usado indistintamente para referir equipas multiprofissionais e multidisciplinares, ou seja, com membros de diferentes profissões e áreas disciplinares. No sentido da multiprofissionalidade refere-se à organização do processo de trabalho, concretamente à atuação independente e articulada de profissionais de diferentes categorias e áreas disciplinares, com o intuito de garantir uma maior efetividade na produção dos cuidados de saúde que não seria conseguida pela atuação isolada de nenhum grupo profissional. Envolve o trabalho em paralelo num somatório de funções, a cooperação e a colaboração entre diferentes profissionais dentro de uma equipa para atingirem objetivos comuns, partilhando para isso as informações inerentes à respetiva área profissional mas estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares, e sem seguirem processos formais de intervenção conjunta (Peduzzi, 2001; Chamberlain-Salaun, Mills & Usher, 2013). Já a multidisciplinaridade diz respeito à complementaridade de saberes, de competências e responsabilidades profissionais, necessária para responder à complexidade das

necessidades de saúde. Implica que os profissionais estabeleçam entre si interação no campo técnico ou científico, numa perspectiva de subsidiariedade de saberes e práticas na produção dos cuidados mas sob a coordenação de um dos profissionais da equipa e sem pretensão de criar uma axiomática comum, sendo portanto um processo aditivo, não integrativo, que promove a justaposição das disciplinas (Almeida & Mishima, 2001; Peduzzi, 2001). Nesta perspectiva, cada membro da equipa tem uma função claramente especificada pela sua natureza profissional e especialidade disciplinar, centrada nas práticas e tradições profissionais, com a responsabilidade global e final sobre os cuidados de saúde a recair numa área disciplinar. Como refere Luz (2009) trata-se de um ‘*campo*’ complexamente hierarquizado de saberes e práticas mutáveis de acordo com as alterações internas e externas á equipa, sejam elas culturais, sociais ou políticas, com consequente modificação de posição dos profissionais na hierarquia.

O prefixo ‘inter’ significa ‘entre’, remetendo para a interdependência, a responsabilidade compartilhada e/ou confluyente a várias disciplinas, com sinergia de conhecimentos, considerando as contribuições de todos os saberes. A interdisciplinaridade é essencialmente uma filosofia de intervenção que visa a superação da visão fragmentada dos problemas e cuidados de saúde, remetendo para a ampliação da capacidade de reorganização dos saberes para além da lógica técnico-científica instituída. Neste sentido, a interdisciplinaridade sugere a integração dos diferentes saberes disciplinares, com produção de conhecimento que conduz a modificações ou enriquecimento na estrutura das práticas profissionais. Sem construção de novos saberes não há interdisciplinaridade, apenas justaposição de intervenções parciais, sendo necessário que ocorra reflexão contínua sobre a intervenção para desenvolvimento e/ou aquisição de competências Apesar de se manterem as funções específicas e autónomas de cada profissional, ocorrem no âmbito de um contínuo de interações e corresponsabilidades resultando num trabalho conjunto organizado para responder a uma situação, problema ou necessidade em saúde em concreto (Peduzzi, 2001; Vilela & Mendes, 2003; Meirelles & Erdmann, 2005).

As equipas de saúde interdisciplinares tendem a ter estruturas mais formais de modo a permitir a construção de um consenso nos processos de decisão comuns, o que consequentemente ainda origina alguma hierarquia. A interdisciplinaridade implica uma axiomática comum relativamente ao grupo de disciplinas conexas e às consequentes relações entre si, pelo que pode ser reconhecida uma posição integradora de uma

disciplina em relação às outras, funcionando não só como mediadora da circulação dos discursos disciplinares mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar comum, ainda que o ideal seja a horizontalidade nas relações de poder e a coexistência de modo integrado dos saberes disciplinares, práticas de intervenção e formas de expressão científica (Filho 2000; Luz, 2009; Chamberlain-Salaun *et al.*, 2013).

Tanto a multidisciplinaridade como a interdisciplinaridade se baseiam na possibilidade de comunicação não entre campos profissionais e disciplinares (entidades abstratas) mas entre os sujeitos que os constroem na prática e que interagem entre si. Deste modo, a prática poderá ser apenas multidisciplinar, em que num mesmo contexto trabalham articuladamente vários profissionais e em complementaridade, ou interdisciplinar, em que os diferentes profissionais aprendem uns com os outros e sobre os outros, gerando conhecimento novo, integrado, resultante da interação entre os vários saberes disciplinares, tirando o máximo de proveito das competências de cada profissional, na conceção e implementação de um projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde. No sentido em que decorre da multiplicidade de relações e interações que se estabelecem no campo das *práxis* em saúde, a interdisciplinaridade é também uma questão de atitude exigindo flexibilidade, confiança, intuição, habilidades relacionais e comunicacionais, sensibilidade cultural, capacidade de aprender e aceitar novos papéis para integrar o conhecimento resultante dos diferentes saberes (Rocha & Almeida, 2000; Peduzzi, 2001; Vilela & Mendes, 2003).

Só uma equipa interdisciplinar permite uma prática potenciadora e promotora de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, conducente à resolução de problemas em rede, tirando o máximo de proveito dos saberes e competências de cada profissão e de cada profissional num caminho para a transdisciplinaridade, isto é, desenvolvendo a capacidade de produzir e usar de forma adequada e efetiva o conhecimento num projeto de construção participada dos cuidados (Rowe & Hogarth, 2005). Para Luz (2009) a crescente complexidade da saúde das populações e a cultura fragmentária dos cuidados de saúde têm feito despontar a comunicação horizontalizada e não hierarquizada entre os saberes disciplinares, num percurso até à transdisciplinaridade que propõe uma abordagem que passa entre, além e através das disciplinas, numa busca de compreensão da complexidade. Como refere Lopes (2008), o modelo transdisciplinar desafia não só a tradição do poder instituído mas também todas

as áreas disciplinares a expandirem o seu pensar sobre os cuidados nos múltiplos contextos, com repercussões sobre a compreensão, a investigação e a prática clínica. A transdisciplinaridade conduz à prática profissional que procura o consenso, a troca deliberada de informação, conhecimento, competências e perícia, o que transcende os tradicionais limites disciplinares, resultando muitas vezes no desaparecimento dos limites profissionais (Nolte, 2005).

No enquadramento do estudo procurou-se conhecer qual o significado de equipa e modalidades de trabalho de colaboração entre profissionais inerentes no âmbito da reforma dos CSP e no contexto dos CS. Pesquisando a palavra-chave ‘equipa’ na documentação orientadora e relatórios de progresso da reforma dos CSP, desenvolveu-se uma análise do conceito recorrendo ao Método Tradicional de análise de conceitos, com a adaptação proposta por Walker and Avant (as cited Neves, Tanqueiro, Veríssimo & Silva, 2013). Entre outros aspetos, identificaram-se as aplicações do conceito (usos do conceito), as suas características discriminatórias (atributos definidores) e os exemplos que descodificam e ilustram o conceito (referências empíricas). Encontrou-se o conceito de equipa usado em duas perspetivas: como ‘equipa de cuidados primários’, mais abrangente, e como ‘equipa de saúde’, mais restrita. Enquanto ‘equipa de cuidados primários’ são-lhe atribuídas como características diferenciadoras:

- A multiprofissionalidade, organizando-se em geometria variável de profissionais consoante as necessidades e recursos disponíveis;
- A responsabilidade explícita por uma comunidade ou população, com circunscrição geográfica definida por dimensão e especificidades da população e racionalidade de meios;
- A orientação para a compreensividade das ofertas e respostas do sistema de saúde, abrangendo as várias dimensões dos determinantes e problemas de saúde;
- A integração e continuidade de cuidados, incluindo desde intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença até procedimentos de diagnóstico e tratamento ou referenciação a serviços mais diferenciados, a cuidados domiciliários para doenças crónicas ou prolongadas e de serviços sociais;
- A mediação entre a comunidade e o sistema de saúde, referenciando ou recorrendo ao apoio de especialistas, hospitais, centros de diagnóstico e de tratamento especializado, programas de saúde pública, serviços de cuidados prolongados, cuidados no domicílio ou serviços sociais, ajudando as pessoas a navegar neste ambiente complexo;

- A mobilização de recursos comunitários para garantir uma estrutura organizacional de coordenação e execução dos programas e projetos de intervenção na comunidade, envolvendo organizações autônomas da comunidade, das instituições particulares de solidariedade nacional, dos organismos do Estado com responsabilidade nestas áreas, das autarquias locais e de outros parceiros sociais da respetiva área.

Na prática, as referências empíricas que permitem observar ou interpretar a ‘equipa de cuidados primários’ surgem associadas ao desenvolvimento de programas e projetos de intervenção na comunidade, de que são exemplo as equipas de saúde oral, saúde escolar, saúde ocupacional, ou então associadas à atividade específica da equipa da USP e da URAP na colaboração com as outras unidades funcionais e os projetos de saúde comuns ao CS ou ACeS.

Quanto á ‘equipa de saúde’ mais restrita surgem como atributos que a distinguem:

- A auto-organização funcional e técnica, constituídas caso a caso de acordo com a dimensão populacional e as suas necessidades específicas, com competências de gestão clínica, do utente, administrativa e de desempenho;
- A estabilidade e tamanho reduzido, de forma a desenvolverem um relacionamento personalizado e de confiança, que perdure no tempo e garanta a continuidade dos cuidados;
- A multiprofissionalidade e multidisciplinaridade englobando um leque de profissionais de apoio administrativo e auxiliar e de diversificadas áreas disciplinares como sejam, por exemplo, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas;
- A proatividade na intervenção em regime ambulatorio, domiciliário ou na comunidade, tanto numa perspetiva individual ou familiar como de grupos vulneráveis;
- A proximidade e longitudinalidade na prestação de cuidados, centrados nas necessidades da pessoa, considerando-a na sua totalidade, na sua especificidade familiar e no contexto da sua comunidade, durante o ciclo de vida;
- A utilização de sistemas de informação e comunicação em ambiente informático, que permitem o armazenamento, a transferência e a partilha de informação e de dados no domínio da saúde.

As referências que ilustram a ‘equipa de saúde’ encontram-se, por exemplo, nas equipas das USF e UCSP e das UCC na prestação de cuidados continuados e paliativos no

domicílio ou de cuidados de saúde a grupos populacionais específicos a partir de unidades móveis de abordagem proactiva.

Em síntese, dentro do atual modelo organizacional dos ACeS e CS, o trabalho numa equipa multiprofissional e multidisciplinar implica um clima de cooperação, colaboração, de entreajuda, de solidariedade, de confiança, de reciprocidade e transparência, sem comprometer a autonomia e gestão profissional mas com compromisso e responsabilização partilhadas. Assim, o desenvolvimento destas equipas pressupõe que a intervenção especializada de cada grupo profissional se complemente, se construa na interação entre profissionais e com os utentes, remetendo para a interdisciplinaridade.

A tendência é para o reforço das equipas multidisciplinares nos CSP e cada vez mais a prática colaborativa interdisciplinar é vista como a estratégia chave para proporcionar a melhor qualidade e eficácia na assistência às pessoas que requerem múltiplos serviços e cuidados de saúde para responder aos seus problemas de saúde, existindo evidência de que a prática colaborativa evoluirá com maior foco na comunidade e nos serviços e cuidados prestados em casa das pessoas (Nolte, 2005). De acordo com a OMS a prática colaborativa em saúde pode melhorar o acesso e coordenação de serviços de saúde, a gestão dos recursos clínicos e sociais e dos custos em saúde, a adesão ao tratamento com ganhos em saúde para pessoas com doenças crônicas e consequente redução das taxas de mortalidade (World Health Organization [WHO], 2010).

A prática colaborativa é simultaneamente um processo interpessoal dinâmico, interativo e transformador e um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão que permite que o conhecimento específico e as habilidades dos prestadores de cuidados seja partilhado para sinergicamente influenciar os cuidados prestados aos utentes. Envolve uma interação contínua entre os profissionais e respetivas disciplinas, organizando-se em função de um esforço conjunto para resolver ou explorar questões comuns através da participação ativa de cada profissional, tendo em conta o seu foco da atenção e *práxis* autónoma, promovendo o respeito pelas contribuições disciplinares na tomada de decisão clínica para desenvolver soluções para problemas complexos de uma forma flexível.

Na literatura é evidente o consenso de que a prática colaborativa interdisciplinar exige alguns requisitos. Como fulcral surge a definição clara de papéis e responsabilidades, o

que exige que os profissionais que a integram compreendam a sua diversidade funcional, conheçam as competências e os saberes específicos de cada grupo profissional para que possam ser compartilhados mas também preservados (Nolte, 2005; Pinho, 2006; Goldman, Meuser, Rogers, Lawrie & Reeves, 2010; Torrens, 2010; Nancarrow *et al.*, 2013).

De acordo com Orchard, Curran and Kabene (2005) nas profissões de saúde as representações identitárias e dos padrões de prática são baseadas nos processos de socialização nos quais são veiculados não só os conhecimentos, as habilidades, os valores, as atitudes e os papéis associadas à prática específica dos diversos profissionais mas também as expectativas dos utentes face a cada grupo profissional. Assim, para que a prática colaborativa interdisciplinar se desenvolva Nolte (2005) defende a necessidade de uma mudança cultural, de ressocialização quer ao nível dos profissionais de saúde, quer dos decisores e gestores em saúde, quer dos educadores no ensino das profissões de saúde, mas também dos utentes. Isso implica a clarificação de papéis, o que requer uma compreensão do domínio profissional, tanto de todos os papéis assumidos por cada grupo profissional e disciplinar como dos saberes necessários para os exercer, e pressupõe a aceitação de uma indefinição de fronteiras disciplinares e partilha de saberes na prática dos cuidados de saúde. Cada grupo profissional e disciplinar em saúde terá que discutir e adquirir não só uma compreensão clara das suas funções e competências e dos seus próprios padrões de práticas e impacto sobre a prática dos outros profissionais, como também o reconhecimento dos limites de sua própria área profissional e disciplinar. Inclui também a discussão na equipa em torno da participação dos utentes e do seu envolvimento nas decisões sobre a sua saúde, e a promoção da compreensão das abordagens interdisciplinares junto dos utentes com clarificação dos diferentes papéis na equipa interdisciplinar (Nolte, 2005; Gum *et al.*, 2013).

Para a colaboração interdisciplinar é também necessária a partilha de responsabilidades, de filosofia de cuidados de saúde, de valores, de planeamento de intervenções e perspetivas profissionais, conducentes à interdependência e à sinergia para que os resultados sejam superiores ao somatório dos resultados individuais dos profissionais envolvidos. É fulcral a incorporação de um conjunto de valores que propiciam o desenvolvimento da cultura interdisciplinar, que criam uma atmosfera de confiança com valorização de contribuições e promoção de consensos, e que simultaneamente norteiam a prestação de serviços pela equipa, conferindo-lhes coerência e visibilidade externa

consistente (Nolte, 2005; Orchard *et al.*, 2005; Browning, Torain & Patterson, 2011; Nancarrow *et al.*, 2013).

Filosoficamente todos os profissionais da equipe são considerados um parceiro igualitário, valorizando-se as suas competências profissionais e as suas qualidades pessoais, mas incentivando-se a transcendência conceptual e metodológica para se desenvolver uma abordagem compartilhada e prestação de serviços integrados. Neste sentido, a cultura organizacional é um mecanismo fundamental para a sustentabilidade da prática colaborativa uma vez que é originada pelos valores que orientam comportamentos. Os valores colaborativos criam um ambiente de confiança, de aprendizagem contínua e de apoio necessários ao compromisso interdisciplinar. Implica transparência, uma comunicação aberta e respeito mútuo em função de objetivos e metas comuns e de resultados específicos, a participação equitativa e livre dos membros da equipa, a individualização e a autonomia face à sinergia e ao consenso na tomada de decisões e na implementação dos cuidados de saúde (Nolte, 2005; Lopes, 2008; Browning *et al.*, 2011).

A confiança é um elemento importante na prática de colaboração interdisciplinar não só porque influencia o compromisso com os objetivos da equipa, mas porque afeta o reconhecimento da capacidade de tomada de decisão de cada área profissional e disciplinar. As relações de confiança são o pré-requisito para o desenvolvimento de culturas de colaboração, criando sinergia e assertividade na comunicação, na responsabilidade compartilhada na tomada de decisão dos cuidados (Orchard *et al.*, 2005). A iniciativa e o envolvimento voluntário nas discussões e na construção de consensos, a coesão da equipa, o esforço de comunicação interprofissional, de partilhar saberes disciplinares e de partilhar informações são considerados essenciais para desenvolver a cultura colaborativa interdisciplinar (Nancarrow *et al.*, 2013). Nolte (2005) defende a disponibilidade de tempo e espaço para interagir, exemplificando com sessões de formação e reuniões formais, e a OMS (WHO, 2010) reforça este aspeto indicando a prática reflexiva e a implementação sistemática de oportunidades de reunião da equipa para decidir sobre objetivos comuns e negociar decisões e recursos compartilhados. Para Gum *et al.* (2013) é necessário que os profissionais da equipa detenham algumas competências de suporte a esta cultura, sobretudo disponibilidade de aprender e partilhar saberes com outras profissões, habilidades de comunicação interpessoal com uso de linguagem concisa e clara e

capacidade de escuta reflexiva, flexibilidade e assertividade na negociação de consensos, confiabilidade e respeito pelas decisões compartilhadas, fundamentais para uma cultura promotora de segurança e de consolidação da prática colaborativa interdisciplinar na equipa.

Pelo importante papel que desempenha na gestão da comunicação complexa e na coordenação de responsabilidades entre os diferentes profissionais é essencial uma liderança clara, geralmente baseada no conhecimento e experiências mais do que nas funções ou títulos associados a padrões de socialização profissionais e a posições formais ou informais na estrutura organizacional. A liderança não é ancorada no poder conferido de forma implícita ou explícita pelas relações hierárquicas tradicionais complexas, sendo que o poder é compartilhado entre os membros da equipa, com empoderamento consentâneo entre todos os profissionais. Uma liderança clara facilita não só a gestão da equipa e dos processos como também proporciona apoio e supervisão para o desenvolvimento pessoal dos diferentes profissionais (Nolte, 2005; Goldman *et al.*, 2010; WHO, 2010; Browning *et al.*, 2011; Nancarrow *et al.*, 2013).

As equipas funcionam dentro de uma estrutura com organização administrativa e funcional própria, com processos decisórios e expectativas que constituem a sua cultura organizacional, podendo criar obstáculos à liderança e decisão compartilhada. Nolte (2005) destaca os determinantes interpessoais dos membros, que incluem a disponibilidade para fazer parte da equipa, o que constitui um importante indicador de coesão e que implica também a capacidade de comunicação e de interação com os outros membros da equipa e o respeito mútuo, e os elementos externos à organização, como as expectativas sociais e a cultura profissional, que podem promover diferenças de poder entre profissionais e uma liderança baseada nas representações sociais profissionais. Outro dos principais obstáculos prende-se com o tamanho e a forma como se constitui a equipa, sendo que tanto Orchard *et al.* (2005) como Nancarrow *et al.* (2013) sugerem que nas equipas pequenas e que se auto constituíram pela livre escolha dos seus membros estão facilitados os processos de liderança e, simultaneamente, a tomada de decisões participadas.

Menos centrados nos profissionais e colocando o foco nos processos, são também evidenciados outros fatores que contribuem para uma cultura organizacional colaborativa. Também os mecanismos de suporte institucional e administrativo são fundamentais para transmitir a filosofia da prática colaborativa, motivar os profissionais

à colaboração e fomentar um ambiente organizacional propício, designadamente o desenvolvimento de normas e protocolos interdisciplinares, de documentação padronizada, assim como a criação, implementação e uso na prática de sistemas e processos de informação estruturados e de estratégias de comunicação, determinantes não só pelo seu papel na regulação da comunicação interdisciplinar e interprofissional e da comunicação extraequipa como também na cultura de trabalho da equipa multidisciplinar. Destacam-se particularmente os sistemas informáticos que facilitem a atualização e partilha de informação mas que simultaneamente documentam os resultados dos cuidados e proporcionam a avaliação da sua qualidade e da eficácia da abordagem interdisciplinar, nomeadamente através de indicadores de resultados e de satisfação dos utentes, o que estrategicamente reforça a cultura organizacional incentivando e valorizando o respeito mútuo e a prática colaborativa interdisciplinar (Nolte, 2005; WHO, 2010; Browning *et al.*, 2011; Nancarrow *et al.*, 2013). Para a OMS (WHO, 2010) também a configuração do espaço onde a equipa de saúde se insere pode melhorar significativamente ou prejudicar a prática colaborativa considerando que o espaço físico não deve refletir uma hierarquia de posições.

A prática colaborativa em saúde funciona melhor quando tem em conta a forma como em cada local são prestados os cuidados de saúde e se organiza em função das necessidades do utente/família/comunidade e da responsabilização pela sua saúde. Os utentes têm de ser envolvidos não só nos seus próprios cuidados mas também na avaliação da qualidade dos serviços prestados, para isso é necessário que sejam informados do processo de colaboração interdisciplinar e do papel de cada profissional na equipa e dos mecanismos para a sua participação (Nolte, 2005). Para Torrens (2010) isso implica que tanto na informação interna como na divulgação externa do funcionamento da equipa de saúde seja explícito:

- Qual a forma de acesso ao processo cuidados, quem é o profissional de contato inicial e como se faz a referência entre os profissionais da equipa, fundamental para a resposta mais adequada às necessidades do utente/família;
- Quem é o profissional de saúde da equipa multidisciplinar mais adequado para a coordenação do processo de cuidados em cada caso e/ou situação e quem gere a sua continuidade, determinante para orientar a prática colaborativa promovendo a qualidade dos cuidados e a satisfação do utente/família;

- Quem são os profissionais a envolver na prática colaborativa, quais os seus papéis e funções no processo de cuidados;
- Quais são os outros serviços prestadores de apoio, e outros cuidadores, a que a equipa de saúde pode recorrer quando necessária a sua integração no processo mais alargado de cuidados aos utentes/família para garantir a sua eficiência e eficácia;
- Quem faz a gestão e coordenação de recursos necessários ao processo integrado de cuidados.

Em síntese, a prática colaborativa pode depender de determinantes estruturais externos à equipa, de culturas de profissionais e organizacionais, mas é essencialmente um processo interpessoal que requer disponibilidade e habilidades dos membros da equipa pelo que a OMS (WHO, 2010) defende que são os atores em saúde os elementos essenciais para dar forma e eficácia à prática colaborativa interdisciplinar em saúde, fundamental à excelência na prestação de serviços de saúde.

3. DO DOMÍNIO DISCIPLINAR E PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM AO ESPAÇO SOCIAL DA PROFISSÃO

Os cuidados de saúde estão imbuídos por fatores histórico culturais que lhes dão significado e o desenvolvimento historiográfico em Enfermagem é diretamente proporcional ao nível de socialização científica, profissional e social da disciplina (Siles González, 2010). Assim, para compreender a realidade sociológica da Enfermagem enquanto grupo profissional no processo de produção de cuidados de saúde, nomeadamente no seio da equipa de saúde multidisciplinar nos CSP, é importante conhecer os traços estruturais que historicamente a têm configurado.

A origem socioprofissional da Enfermagem remonta ao século XIX e está associada à complexificação técnica dos cuidados de saúde, consequente à expansão organizacional do sistema hospitalar e que imprimiu uma dimensão técnica ao trabalho de Enfermagem através da integração da categoria dos ‘cuidados de enfermagem’ no vasto grupo de cuidados de saúde. Esta filiação institucional (impulsionadora de cuidados técnicos) e o quadro ideológico orientado para o ‘ideal de servir’ e a ‘vocação’ sobrepuseram-se ao seu ‘papel funcional’ e constituíram traços estruturais dominantes que influenciaram o desenvolvimento da sua autoridade profissional. Na opinião de Lopes (2001, p. 28) a Enfermagem tem-se estruturado enquanto grupo socioprofissional na permanente tensão entre a “(...) orientação para a instituição, que lhe é requerida pelas suas funções de controlo e manutenção da ordem social dos serviços.” e a “(...) orientação para o doente, que ideologicamente constitui o seu referencial (...)”. Esta ambiguidade delimitou o campo específico do exercício profissional dos enfermeiros e a sua integração na produção de cuidados de saúde, remetendo-o para uma posição estrutural de dependência funcional e social. Neste quadro de referência, a Enfermagem tem sido técnica e socialmente interpretada como um grupo profissional associado aos saberes práticos (saberes fazer associados ao trabalho de execução) o que tem contribuído para a hierarquização profissional face a outros grupos profissionais associados a saberes complexos e ao trabalho de conceção.

Na socialização das profissões estão implicados não só os conhecimentos e as técnicas mas também os valores que a sociedade outorga a cada profissão, assim como o impacto

social que esta gera e as inter-relações entre o profissional e o utente. Enquanto categoria profissional, os enfermeiros estão imbuídos numa cultura multifacetada, na qual se cruzam valores e histórias de vida, experiências profissionais, configurações de práticas e de relacionamento com toda a equipa de saúde e com os utentes (Bellato & Pereira, 2006). É neste contexto que se constroem os estereótipos baseados em ideias subjetivas ou generalizações de uma ou várias observações isoladas, que se atribuem a todo o grupo profissional e a cada profissional em particular. Como afirma Urteaga (2008) a profissão gera os profissionais mas são estes que a constroem simultaneamente na sua prática de modo plural, intersubjetivo e contextualizado em resultado de uma construção pessoal permanente da sua identidade profissional. Em primeiro lugar, a ação profissional é plural porque os profissionais se definem pelos seus atributos pessoais; em segundo lugar, é reflexiva pela capacidade analítica e crítica inerente a cada um; em terceiro lugar, é intersubjetiva porque o seu sentido e valor são sempre negociados com e em função de outros; e em quarto lugar, porque os profissionais se inscrevem em contextos e em situações que determinam amplamente os seus valores, o seu modo de pensar, de ser, de falar, de escrever, em suma do seu comportamento. É a coexistência destas lógicas de ação que proporcionam ao profissional a interiorização dos valores profissionais e dos papéis, que lhe permite comprometer-se, ou não, com eles, que faz suas, ou não, as expectativas dos demais, que o conduzem à integração ou ao distanciamento face às lógicas institucionais dominantes e à cultura organizacional e profissional na estruturação do seu pensamento e orientação da sua ação profissional. Como resultado, a imagem social da profissão é em parte influenciada pelas características e competências pessoais de cada profissional que podem ser extrapoladas para a profissão. Embora a confiança dos utentes resida na profissão, a atribuição de competência é concreta e individualizada em cada enfermeiro, percebido como bom ou mau profissional, o que influencia a imagem da profissão.

A profissão é também sinónimo de mudança e permanência, enquanto sistema de reprodução que utiliza os mecanismos para interiorização de modelos de comportamento, em função dos quais atuam os profissionais e que contribuem para a regulamentação da profissão. No mesmo espaço organizacional coexistem profissionais fortemente arraigados às normas e práticas instituídas e outros que provocam ruturas não só na cultura organizacional como também na cultura relacional, construindo novos valores e formas de ser e agir profissional. É nesse sentido que a mudança é inerente a

qualquer profissão permeada por confrontações sociais e profissionais, mesmo que seja capaz de se ajustar necessita de criar reguladores para encontrar novos equilíbrios e ao integrar a mudança na realidade profissional reorganiza-se e revitaliza-se simultaneamente num processo contínuo (Bellato & Pereira, 2006; Urteaga, 2008).

A enfermagem, enquanto campo de saberes e práticas, tem-se (re)construído e desenvolvido circunscrita por modelos de lógica tecnicista, moderados pela incorporação de um conjunto de saberes derivados de outras ciências, que se impuseram face ao paradigma relacional que explica a prática profissional e lhe confere sentido. É hoje consensual que a Enfermagem “(...) é uma disciplina com uma perspetiva particular e bem delimitada, que se consubstancia num domínio próprio de conhecimentos, processo para o qual a investigação tem dado importantes e pertinentes contributos.” (Abreu, 2001, p. 129), mas na opinião de Siles González (2010) o vínculo deficitário entre a realidade, na qual ocorrem os cuidados, e a abstração que dela se faz, através de conceitualizações, constitui um importante problema de dissociação o que tem contribuído para a invisibilidade histórica e insuficiente conhecimento sobre a profissão e a disciplina de Enfermagem.

Vicente (2007) atribui à cultura organizacional o poder de criar um círculo vicioso que interfere com uma imagem social da enfermagem dissonante das suas competências profissionais atuais, considerando que é a um nível implícito, mas operativo e organizador, no qual se encontram os valores, as expectativas, os conhecimentos, as prioridades e seus significados, que se tem propiciado a invisibilidade da profissão. São aspetos observáveis na cultura organizacional como a linguagem, a comunicação, a distribuição de espaços e atividades, os padrões de comportamento e de práticas laborais que contribuem para a divulgação pela instituição de uma imagem do enfermeiro junto dos utentes, que por sua vez pode ser consolidada pelos próprios enfermeiros que ao assumirem-na reforçam-na na organização e perante os outros profissionais e os utentes. Os elementos gerados e partilhados na cultura organizacional não são visíveis de modo equitativo, variando desde um nível macro com a definição dos objetivos e políticas para a organização, a um nível intermédio na gestão da própria organização através dos normativos e regulamentos explícitos das competências e das responsabilidades profissionais, até a um nível micro, mais próximo, no qual o tipo de práticas laborais e os espaços da estrutura organizacional onde ocorrem, o uso de linguagem própria e o tipo de vestuário/uniforme, distinguem e conferem *status* e poder porque associados aos

domínios disciplinares e profissionais. Apesar do desenvolvimento de bases teóricas próprias, da consolidação dos padrões de pensamento, dos modelos de cuidar como objeto disciplinar, não só como critério fundamental para distinguir a enfermagem de outras disciplinas, e dos modelos organizacionais de implementação e gestão de cuidados, que conferem poder sobre o conteúdo, o contexto e competência da prática de enfermagem, ele parece não ser suficiente para relativizar o conceito do poder hierárquico e do saber instituído que culturalmente se impõe na área da saúde (Bellato & Pereira, 2006). Para Siles González (2010) o problema reside na forma como a enfermagem organiza o seu conhecimento e a questão que tem permanecido é se todo este conhecimento disciplinar passa para o terreno, para as políticas de saúde ou para a prática dos enfermeiros. A invisibilidade persistente das competências do enfermeiro diminui o seu *status* social e a percepção do valor da sua intervenção e dos cuidados que presta.

Uma revisão bibliográfica realizada por Nowicki (2015) evidenciou que os organigramas institucionais delimitam os papéis profissionais com normas e regulamentos internos e a estrutura do poder organizacional influencia as decisões na equipa, o que pode direcionar as práticas profissionais dos enfermeiros para intervenções que tendem a assegurar os interesses da instituição seguindo uma estratégia de profissionalismo na prestação de cuidados. Os enfermeiros identificam-se com normas, valores e formas de comunicação, formais e informais, que se estabelecem entre os distintos grupos nas organizações, e têm uma percepção sobre a sua contribuição para a equipa e para a organização que guia o seu comportamento profissional na prestação de cuidados. Apesar do poder subtil da hegemonia médica que envolve a equipa e os cuidados é comum que os enfermeiros ocupem cargos e realizam funções paradoxas dentro das organizações de saúde, assegurando o seu funcionamento e o cumprimento de normas, gerindo a quase totalidade da informação que se gera e constituindo-se como o núcleo das práticas de saúde, o que lhe confere um tipo de poder ‘invisível’ múltiplo, automático e anónimo (Pedro Gómez & Morales Asencio, 2004; Nowicki, 2015).

A especificidade profissional do enfermeiro, relativamente permanente ao longo do tempo, é a ação de cuidar embora contextualizada de diferentes formas e reconstruída através de muitas teorias e modelos de intervenção. O cuidar insere-se no processo de cuidados de saúde partilhados com outros profissionais e apesar de para os enfermeiros

se revestir de contornos específicos, sob a concepção de ‘cuidados de enfermagem’, nem sempre é de fácil diferenciação. A *práxis* não pode ser entendida como simplesmente prática clínica. Na perspectiva da teoria social crítica, a *práxis* engloba a totalidade do ambiente de prática, desde o nível micro de interação com utentes e outros profissionais da equipa ao nível macro na estrutura organizacional e contexto do nível de cuidados. Ela integra teoria, prática e arte, proporcionando uma visão do modo como o enfermeiro age e ao mesmo tempo da forma como usa o seu conhecimento de forma integral, facilitando o reconhecimento e a valorização de diferentes tipos de conhecimento por meio de reflexão (Newman, 2002; Vale, Pagliuca & Quirino, 2009).

A *práxis* do enfermeiro é socialmente complexa, contextualizada de diferentes formas e reconstruída através de muitas teorias e modelos de intervenção, coexistindo práticas profissionais que privilegiam um cuidado instrumental e outras assentes numa lógica do cuidar expressa nas múltiplas formas da relação de cuidado, evidenciando os múltiplos padrões de conhecimento em uso pelos enfermeiros uma vez que cuidam, sem deixar de tratar, numa variabilidade de circunstâncias e contextos inerentes à complexidade da vida e das vivências dos utentes, familiares e dos prestadores de cuidados, desenvolvendo conhecimento na ação cuidativa numa multidimensionalidade da ordem do ético, estético, pessoal e naturalmente empírico, emergindo um conjunto de intervenções que incluem padrões de cuidar que vão para além do tipo de ação assistir, como sejam o instruir, treinar, capacitar, ensinar, informar, apoiar, encaminhar (Pires, 2007; ICN, 2011; Queirós, 2014).

Defende Gómez (2009) que as práticas profissionais não existem por si mesmas nem são produto da institucionalização do conhecimento legitimado pela formação académica e prestígio social, mas surgem de acordo com as condições de visibilidade e inteligibilidade determinada pelo campo percetivo do qual emergem, nesse sentido não são estáticas, já que ao correlacionarem-se com as condições do contexto social atualizam o seu saber num *continuum* que não se esgota porque permanentemente se modificam as condições contextuais. Internamente a prática profissional envolve um discurso organizado e conhecimento sistematizados, que lhe conferem singularidade e a delimitam e definem como uma entidade com reconhecimento social e cultural mas externamente são as condições históricas em que surgem as práticas que determinam os discursos sobre elas. Assim, qualquer prática profissional é um saber vivo porque está sempre em reconstrução com consequente produção de saberes, pelo que o centro das

práticas é o presente uma vez que é nele que se atualizam os saberes. Sob este ponto de vista, o conhecimento que se tem sobre a prática profissional do enfermeiro é configurado através do que se faz no exercício cotidiano, isto é, o modo como o enfermeiro desenvolve o produto do seu saber, dos saberes que são sistematizados a partir da produção discursiva da prática profissional, e das normas que regulamentam institucionalmente o saber e exercício da prática, que operacionalizam as relações de poder e que permitem a emergência de práticas inovadoras e a sua reorganização por parte dos profissionais que praticam o saber que possuem.

Quando se fala em prática profissional a imagem que de imediato se manifesta é uma representação reducionista de um mero exercício técnico por um profissional, de um exercício prático de algum saber, qualquer que seja, e os enfermeiros são quase sempre observados a fazer procedimentos, daí que a representação da sua prática seja predominantemente percebida como assistencial em detrimento de outros saberes ocultos no agir profissional (Abreu, 2001; Gómez, 2009; Urteaga, 2008).

Na sua prática, o enfermeiro conjuga diversos saberes, tendo Carper (1978) delimitado quatro padrões de conhecimento como fundamentais: o empírico, baseado em fatos, descritivo e fundamentalmente voltado para o desenvolvimento de explicações teóricas e científicas que possibilitam encontrar as prováveis soluções para os problemas que se referem ao cuidado; o ético, englobando o componente moral, é fundamento decisivo dos julgamentos determinados por princípios ético-legais e norteia o enfermeiro nas escolhas pessoais no processo de cuidar, sobretudo se complexas e conflitantes; o pessoal, referente ao autoconhecimento, compreendendo a sua singularidade como ser humano, passando a ter domínio de si, o que leva o enfermeiro a conhecer as suas possibilidades e fragilidades, contribuindo para o desenvolvimento de um processo de cuidar, tornando possível a aproximação entre o discurso e a prática, a postura crítica reflexiva, humanista e autónoma; o estético, subjetivo, individual e único, envolve a intuição como o conhecimento que viabiliza a tomada de decisão para proporcionar um cuidado centrado nas necessidades do outro, sem o uso do processo analítico consciente. White (1995) salientou, também, o conhecimento contextual referente à profissão, à prática de enfermagem no contexto social e nas políticas de saúde, entendendo-o como fundamental para a estruturação de relações de poder que afetam o planeamento, decisões e resultados em saúde. Benner (2001) considera que apesar da prática de enfermagem ser um processo dinâmico e intrincado que evidencia sempre os seus

múltiplos ‘saberes’ é possível distinguir o ‘saber como’, que reflete o domínio de uma habilidade expressando o ‘saber fazer’, e o ‘saber que’ que é um saber teórico, articulado através da linguagem. Em conjunto consubstanciam um saber situado na prática profissional que permite transpor o conjunto de saberes instituídos, invocando a formação de novos saberes a partir da mobilização dos preexistentes.

A prática do enfermeiro implica competência profissional, que Perrenoud (2007) concebe como a capacidade de mobilizar os saberes, capacidades, atitudes e informações para enfrentar inúmeras situações similares, sendo que a grande maioria desses saberes é construída ao longo da prática e da vivência em situações adversas. Neste sentido, ela é mais complexa, aberta e flexível do que um ‘saber-fazer’. Le Boterf (2003) defende que a competência de um profissional é reconhecida através da sua inteligência prática nas situações, não só pela sua capacidade de fazer mas também de compreender, pelo que há necessidade de distinguir o ‘saber-fazer’ do ‘saber-agir’. O ‘saber-fazer’ é entendido como habilidade enquanto o ‘saber agir’ significa ir além do estabelecido, é saber interpretar, é saber o que fazer diante do imprevisto, isto é, saber escolher e decidir o que é mais adequado à situação que se apresenta. Assim, é um ‘saber-fazer’ e um ‘saber-agir’ validado, que implica também o “saber combinar recursos e mobilizá-los em contexto”, isto é, ter capacidade de articular e mobilizar os seus saberes, habilidades e recursos disponíveis, inovando e sendo criativo nas intervenções e o “saber transpor”, correspondente à capacidade de utilizar conhecimentos ou habilidades adquiridos e aplicá-los em contextos distintos. Le Boterf (2005) considera ainda como saberes necessários à constituição de competência para a prática o ‘querer-agir’, ou seja, a motivação pessoal, e também o ‘poder-agir’ relacionado com a existência de um contexto organizacional de trabalho que não condicione a ação. Todos estes saberes são construídos, desconstruídos e reconstruídos no dia-a-dia num processo que constitui a *práxis* do enfermeiro.

A utilização das diferentes formas de saber e mobilização das diversas competências dos enfermeiros perante utentes em diferentes situações e contextos contribui para as representações sobre o seu papel profissional, pelo que a supremacia no uso de um tipo de conhecimento em detrimento de outros, pode impedir a visibilidade das diferentes formas de conhecimento que refletem as contribuições únicas de enfermagem na resposta às necessidades de saúde dos utentes, famílias e grupos da população (Cowling, 2004; Daiski 2004). Sendo o poder de cuidar essencial para que a

enfermagem influencie a qualidade, a segurança e o acesso equitativo aos cuidados, ele tem de surgir não só a partir de um contexto de trabalho que o promova como também da convicção e reconhecimento pelos enfermeiros de que há poder nas suas intervenções, nos cuidados que presta e nas relações de cuidar.

Benner (2001) descreveu as qualidades de poder associadas às práticas do cuidar centrais à profissão de enfermagem, argumentando que a gestão do cuidado depende de uma série de determinantes individuais (conhecimentos, habilidades e atitudes) que se articulam em diversas dimensões (cognitiva, técnica, relacional e ética) e em contexto: incluem não só os conhecimentos básicos e habilidades técnicas mas também a capacidade de aprender com a experiência vivida da prática clínica para desenvolvimento da capacidade de organização e gestão do tempo e dos recursos, e em última instância do desenvolvimento da capacidade de análise de problemas abstratos e da própria autocrítica; abarca a capacidade relacional e as habilidades comunicacionais, nas quais se incluem os aspetos relacionados com a inteligência emocional necessária para cuidar e atender com sensibilidade e respeito mas também para a prática colaborativa e o trabalho em equipa multidisciplinar. É um poder construído pelo desenvolvimento conjunto do conhecimento que é adquirido através da formação, da experiência e da perícia, contextualizado nas complexas decisões profissionais em cada situação individualizada, e mobilizado na interação com os outros profissionais e sobretudo com os utentes (Benner, 2001; Bellato & Pereira, 2006; Manojlovich, 2007).

Como adverte Gómez (2009), é detrás da institucionalização do saber que se oculta o poder de gerir a procura de cuidados de saúde e a perceção das pessoas sobre quais os profissionais capazes de lhes responder. Neste sentido, o que é veiculado como conhecimento em enfermagem na sua praxis pode determinar o que é concebido como importante e influenciar a distribuição de poder e recursos, e como defende Manojlovich (2007) os enfermeiros precisam de poder para serem capazes de influenciar quer os utentes quer os outros profissionais de saúde, bem como a própria profissão. O conhecimento excessivamente técnico, sendo poder, conquista espaços e garante certa autonomia, embora restrita e submetida a macroestruturas, pelo que Swiadek (2009) defende que quanto mais conscientes estiverem os enfermeiros do papel profissional que se pode conquistar, mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar (enquanto profissional de saúde) e de quem é cuidado (utente, família e

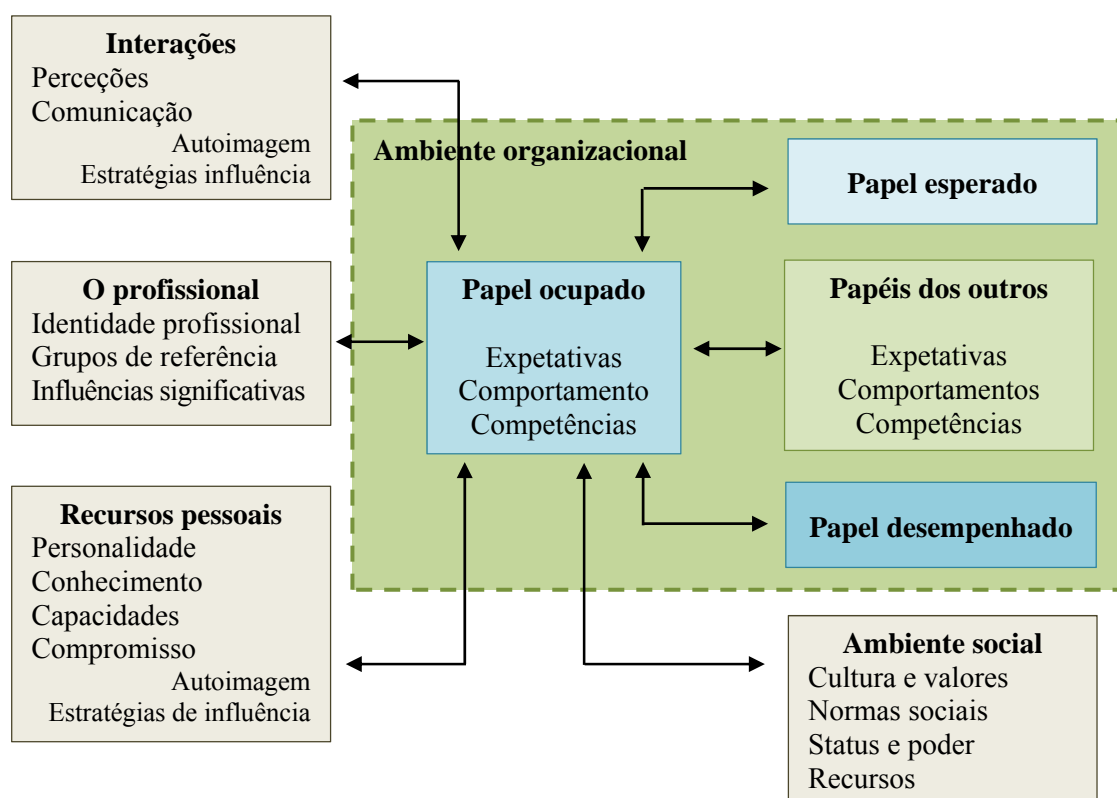
comunidade) conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar.

O papel profissional diz respeito a um conjunto de conceitos que predizem como os enfermeiros exercem a sua função e a uma variedade de comportamentos que podem ser esperados em certas circunstâncias. Os papéis são construídos e mantidos através das expectativas percebidas pelos atores organizacionais, quer sejam indivíduos ou membros de área, diferenciando as funções e os cargos exercidos pelas expectativas daí decorrentes. Neste sentido, pode-se dizer que o papel desempenhado pelo enfermeiro é socialmente construído na interação com profissionais de outras áreas da equipa e com os utentes, consistindo num conjunto de ações influenciadas por expectativas próprias e percebidas, prescrevendo formas de comportamento e diferenciando as suas funções. A percepção dessas expectativas é construída ao longo do tempo, quer seja através da formação académica, quer seja pela participação em grupos profissionais e pela sua vivência dentro das instituições de saúde, formando um conceito do papel a ser desempenhado e gerando ações que o concretizem, enfatizando os regulamentos e protocolos de atuação as ações que o enfermeiro deve desempenhar. Nesta delimitação conceptual o papel profissional é uma construção histórico-social em permanente evolução, antevendo uma diversidade de construções que são formuladas em função dos atributos da prática do enfermeiro que são socialmente aceites e esperados, quer pelos seus pares, outros profissionais de saúde e da comunidade em que o papel está incorporado (Hardy & Conway, 1988; Brookes *et al.*, 2007).

Sendo o sistema de papéis mantido pelo conjunto das expectativas percebidas e construídas ao longo do tempo, seja através da formação académica, seja pela sua vivência dentro das instituições de saúde, geram definições que o concretizem e que são enfatizadas nos regulamentos e protocolos de atuação institucionais, porém os papéis são desempenhados em interação com os outros atores na organização. O profissional de saúde é treinado para executar determinadas funções que distinguem a sua esfera de ação perante os outros profissionais e dentro da organização, que lhe confere autonomia no exercício do seu papel profissional. Mas são os comportamentos que materializam esse papel nas interações dentro e fora do sistema organizacional e que determinam o posicionamento do profissional na estrutura social dos serviços de saúde. Hardy & Conway (1988) propuseram uma diversidade de conceituações sobre o papel que ajudam a compreender a sua multiplicidade no contexto dos profissionais da área da

saúde. Na Figura 2 encontra-se a representação esquemática do sistema de desenvolvimento de papéis. A posição (*status*) na estrutura organizacional corresponde um papel profissional regulamentado pelas normas profissionais e institucionais, o designado ‘papel ocupado’, que coexiste com o ‘papel esperado’ e o ‘papel desempenhado’. O ‘papel esperado’ encerra as atitudes, os comportamentos e conhecimentos antecipados para o papel pelos outros atores e que depende do significado que lhe atribuem no enquadramento das normas sociais. O ‘papel desempenhado’ diferencia-se pelo comportamento ou ação observável que é regido pelo ‘papel identitário’ resultante da interpretação que o próprio profissional faz do seu papel e das expectativas que constrói sobre ele.

Figura 2 - Sistema de desenvolvimento de papéis



Fonte: Adaptado de Hardy and Conway (1988, p. 167)

Ao ‘papel desempenhado’ podem estar associados subpapéis que podem atribuir poder. Relativamente ao enfermeiro, ao papel clínico está naturalmente agregado o de educador mas que pode ser discriminado pelos próprios ou pela equipa enquanto formador, pode concomitantemente desempenhar o papel de gestor (chefe/coordenador/responsável) e de investigador, e é na coexistência destes papéis que surge o ‘papel negociado’ entre os profissionais da equipa no contexto da prática

colaborativa. Nesta confluência de papéis podem ocorrer: o ‘conflito de papel’, sempre que no cumprimento de um conjunto de funções o profissional é incapaz de satisfazer as expectativas relativas ao ‘papel ocupado’, ‘papel esperado’ e ‘papel desempenhado’ porque percebe essas expectativas como concorrentes, contraditórias ou mutuamente exclusivas, seja pela sua identidade profissional, por influência de pessoas ou grupos de referência, pelo contexto e ambiente de trabalho ou pela multiplicidade de subpapéis; a ‘sobrecarga de papel’, quando as exigências do ‘papel desempenhado’ excedem a capacidade do profissional seja porque a ultrapassam em complexidade ou magnitude, ou porque se sobrepõem com as do ‘papel negociado’ e que por escassez ou inadequação de recursos e limitação de tempo o profissional é incapaz de concluir; a ‘insuficiência de papel’ quando existe disparidade entre as funções inerentes ao ‘papel ocupado’ com evidente redução no ‘papel desempenhado’ ou no ‘papel negociado’.

Entre os profissionais de saúde este sistema de desenvolvimento de papéis está em constante renovação. As progressivas mudanças sociais determinam mudanças na organização dos serviços de saúde e oferta de cuidados, que evoluem para atender à diversidade de necessidades que vão emergindo, surgindo em consequência um processo contínuo não só de diferenciação de papéis através da sua especialização mas também a probabilidade de criação de novos papéis o que pode contribuir para a ‘ambiguidade de papel’ no seio da equipa multidisciplinar. A ‘ambiguidade de papel’ surge quando há falta de clareza sobre os diferentes ‘papéis’, e os subpapéis que lhes estão agregados, e as expectativas sobre ele projetadas, podendo a fonte de ambiguidade ter origem na percepção das competências do profissional, ou no valor atribuído à sua perícia ou às suas qualidades pessoais (habilidade, humanização) para o desempenho de determinadas funções. No caso dos enfermeiros esta ‘ambiguidade de papel’ tem sido associada ao desconhecimento ou conhecimento incipiente da multiplicidade dos seus subpapéis, surgindo tanto por parte dos utentes como na equipa multiprofissional e multidisciplinar, à qual se junta também a indecisão dos próprios enfermeiros em tomar a iniciativa de clarificação e de assunção dos seus subpapéis aquando do desenvolvimento de ‘papéis negociados’, tendo como consequência a não formalização da participação dos enfermeiros nos processos de tomada de decisão (Hardy & Conway 1988). Nem todos os profissionais são expostos a expectativas idênticas e nem todos cumprem as suas funções de modo semelhante, daí que qualquer ‘papel’ seja "personalizado", o que revela os fenómenos multifacetados da análise dos papéis dos

enfermeiros nos sistemas de saúde contemporâneos. Paralelamente, a sustentabilidade dos sistemas de saúde tende a criar estratégias de redução dos custos associados à prestação dos cuidados de saúde, com descentralização das atividades dos serviços de saúde para o domicílio e comunidade e centradas na capacidade de autocuidado de utentes e famílias, o que influencia também a mudança de expectativas sobre os papéis (Brookes *et al.*, 2007).

Numa revisão de literatura sobre o papel profissional dos enfermeiros nas equipas de saúde em CSP, alguns estudos (realizados no Canadá, Inglaterra e Irlanda) evidenciaram que os outros profissionais da equipa multidisciplinar desconheciam o âmbito da *práxis* dos enfermeiros, ou detinham um conhecimento superficial das suas funções, o que comprometia a interdisciplinaridade e o negociar de papéis pela dificuldade em compreender as competências dos enfermeiros (Neves, 2012). Contudo, foram identificados alguns âmbitos de intervenção em que o papel do enfermeiro pode ser capitalizado, nomeadamente como facilitador no acesso precoce aos cuidados de saúde, na maximização das intervenções preventivas e na gestão das situações de cronicidade.

Foi percebido sobretudo pelos profissionais administrativos da equipa e pelos utentes, que valorizaram a disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros para melhoria no acesso aos cuidados, tanto no aumento de contactos/consultas em diferentes momentos do dia como na redução do tempo de espera por cuidados de saúde. Apesar de o papel do enfermeiro não ser claro para os utentes, evidenciaram as suas competências técnicas, as relacionais, as comunicacionais e culturais, valorizando a proximidade, a capacidade de escutar, de orientar, de explicar e fornecer informações mais detalhadas e enquadradas no seu ambiente social.

Os enfermeiros identificaram-se como coordenadores do atendimento e elementos chave na comunicação interdisciplinar pelo seu conhecimento local da comunidade e reconheceram o cenário da comunidade como um potencial para a intervenção inovadora da enfermagem devido à diversidade de grupos de clientes e necessidades em saúde da população, considerando que as respostas dos serviços de saúde estão subdesenvolvidas em relação à procura e que os enfermeiros se encontram em posição de assumir um papel de liderança nas intervenções preventivas em saúde, na gestão das necessidades das pessoas idosas e no apoio domiciliário para manter em casa as pessoas que necessitam de cuidados de saúde básicos. Para tal, os enfermeiros identificaram a necessidade de desenvolver competências de gestão, de assertividade e de confiança

como vitais para trabalhar eficazmente nas equipas em CSP. (Perry, Thurston, Killey & Miller, 2005, O'Neill & Cowman, 2008 as cited Neves, 2012). Sobre o trabalho na equipa multidisciplinar saúde em CSP, os enfermeiros consideraram que o bom relacionamento entre os profissionais da equipa, a ajuda mútua e o objetivo comum de prestar cuidados de saúde centrados nas necessidades dos utentes não faz necessariamente que seja considerada uma equipa interdisciplinar se forem mantidas abordagens operacionais separadas pelos diferentes profissionais. Evidenciaram a comunicação como condição essencial para manter a equipa coesa, e a capacidade de usar de forma construtiva que desenvolver a prática colaborativa, e para a construção da interdisciplinaridade o respeito pelos diferentes papéis, e a capacidade de demonstrar, o que requer em primeiro lugar a reflexão sobre o âmbito da própria prática e respetivo papel na equipa para uma posterior compreensão do papel dos outros (Delva, Jamieson & Lemieux, 2008, Sargeant, Loney & Murphy, 2008 as cited Neves, Queirós & Gaspar, 2014). O papel profissional do enfermeiro tende também a ser analisado à luz de determinantes culturais que moldam as experiências das pessoas. Uma revisão da literatura realizada por McFarland and Eipperle (2008) indicia que a competência para contextualizar culturalmente os cuidados de enfermagem e a abordagem dos cuidados de saúde, contribui para uma modelagem do papel profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.

O legado profissional dos enfermeiros enquanto peritos na prestação de cuidados tem contribuído para o reconhecimento do seu papel na advocacia de doentes e na promoção de um ambiente seguro mas a participação na definição de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, são também papéis fundamentais da enfermagem (ICN, 2010). Pela sua interação próxima com os utentes em vários contextos os enfermeiros detêm uma compreensão não só das suas necessidades de saúde, como dos fatores ambientais que os afetam e às famílias, e também do modo como reagem aos serviços e aos cuidados de saúde, o que ilustra a sua importância para aconselhar sobre o impacto das políticas de saúde nos cuidados de saúde. “Como a maior profissão da saúde, os enfermeiros são a chave para liderar a mudança na linha da frente em direção à equidade, à cobertura de saúde universal e, finalmente, em direção a melhores resultados em saúde a nível mundial.” (ICN, 2015, p. 9). Os enfermeiros são também o grupo profissional mais amplamente distribuído ao nível dos CSP em todo o mundo, assumindo os mais diversos papéis, funções e responsabilidades o que os posiciona

como elemento chave para conseguir uma melhor saúde para todos através de uma forma de cuidar rentável e eficaz, proporcionando um atendimento de qualidade e ganhos em saúde (ICN, 2010, 2015). Diversos estudos da OMS (as cited ICN, 2010) demonstram que a natureza e a prática da enfermagem são influenciadas pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura, diferindo essa realidade de país para país, de região para região.

Em Portugal a prática profissional do enfermeiro é baseada em diretrizes profissionais e deontológicas tendo como finalidade uma intervenção competente para a resolução dos problemas de saúde em matéria de cuidados de enfermagem. Ao nível dos CSP os enfermeiros portugueses intervêm no processo de promoção da saúde e prevenção da doença desenvolvendo atividades de educação para a saúde e da sua manutenção e restabelecimento, mas também de coordenação, de gestão e avaliação dos cuidados prestados às pessoas, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade, sempre em prática colaborativa e de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários de determinada área geográfica, responsabilizando-se por assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo para tal as articulações necessárias. Têm acompanhado a evolução nacional dos CSP desde que em 1971 foram criados os designados CS de primeira geração até à sua reforma que se encontra em curso.

A primeira geração de CS, com orientação para a saúde pública e para a medicina preventiva, organizava-se por valências e priorizava a promoção da saúde e prevenção da doença junto dos grupos vulneráveis, pelo que coexistiam na intervenção da enfermagem atividades direcionadas para a comunidade e de cariz preventivo norteadas para a cobertura vacinal, para a saúde escolar e para a vigilância de saúde (sobretudo da grávida e da criança), com atividades de cariz curativo em resposta às necessidades de tratamentos, administração de terapêutica e de cuidados de enfermagem, realizadas em articulação com o médico nas consultas, em atendimento ambulatorio e através de visitas domiciliárias. Em 1999, a implementação dos denominados CS de terceira geração preconizava uma organização descentralizada e introduziu a filosofia do atendimento por pequenas equipas multiprofissionais organizadas por ficheiros de utentes com base em pequenas áreas geográficas (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001; Henriques, Garcia & Bacelar, 2011). Em 2000 a OMS impulsiona a enfermagem de saúde familiar e reforça a enfermagem comunitária, através da

Declaração de Munique, ao identificar e valorizar as capacidades dos enfermeiros e o seu contributo na saúde e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade e a Ordem dos Enfermeiros (OE) orienta os enfermeiros para que a família passe a ser o centro da abordagem dos cuidados de saúde e o enfermeiro de saúde familiar seja o *pivot* central nas equipas de saúde, considerando que “(...) é em vista da família, e envolvendo-a no processo, que se efectua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão-de desenvolver novas competências científicas e relacionais” (2002, p. 21), cuja regulamentação só uma década depois veio a ocorrer. Em 2005 com a reconfiguração dos CS diversificam-se as equipas multiprofissionais com missões específicas e organização com base em carteiras de serviços contratualizados, nomeadamente das USF e das UCSP direccionadas para a intervenção à pessoa e família, e das UCC (iniciadas em 2010 e coordenadas por enfermeiros) dirigidas aos grupos com necessidades especiais e à comunidade, com progressiva transição da centralidade dos serviços para o processo de cuidados. As intervenções de enfermagem nas diferentes unidades funcionais passam a orientar-se pelos programas nacionais de saúde integrados em programas ou projetos no CS, na comunidade ou no domicílio, junto de pessoas, famílias e grupos da população, quer como dinamizadores a título individual ou de forma articulada com a equipa multidisciplinar e, por vezes, transectorial.

Em 2007 o Decreto-Lei nº 298 determina que da lista de utentes e famílias inscritos na USF “A cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.” (p. 5590). Os enfermeiros passam a centrar-se cada vez mais na capacitação dos utentes e famílias para assumirem a gestão da sua saúde, estabelecendo com eles parcerias visando a autorresponsabilização pelo processo de saúde e autocuidado e a utilização sustentada dos recursos de saúde, a adotar progressivamente uma linguagem profissional comum e uma classificação internacional das nossas práticas no registo sistemático dos cuidados prestados em programa clínico específico de enfermagem com vista à visibilidade dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Correia *et al*, 2001; Henriques *et al*, 2011). Em 2014 o Decreto-Lei n.º 118 legisla a metodologia de trabalho por enfermeiro de família, definindo-o como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias em todos os contextos da comunidade” e enquadrando a

sua atividade no âmbito das USF e UCSP designando que “(...) na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...)” contribuindo “(...) para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, nomeadamente, grupos de voluntariado solidário, serviços de saúde e serviços de apoio social, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.” (p. 4070). Considerado como um recurso de proximidade, são atribuídas ao enfermeiro de família como áreas de atividade relativamente ao seu grupo de famílias, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida em articulação com a restante equipa de saúde, disponibilizando cuidados de enfermagem “(...) privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária.” (p. 4070).

Na USF e UCSP o papel multifacetado e a proximidade com utentes e famílias colocam o enfermeiro em situação privilegiada não só para promover a sua participação nas decisões sobre a sua saúde como também para constituir o elo de ligação entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados. Os enfermeiros são também responsáveis pela execução do Plano Nacional de Vacinação, efetuam vigilância de saúde a grupos vulneráveis com base em problemas de saúde específicos, padrões de comportamento ou disfuncionalidades familiares e/ou sociais, aspetos ligados à saúde materna, infantil e adolescência, do idoso. Cada vez mais respondem a solicitações dos migrantes e imigrantes, dando apoio e orientação em questões de saúde. No âmbito da prática colaborativa contribuem para a deteção precoce da doença através da realização de rastreios relativos a doenças crónicas ou doenças transmissíveis mais relevantes, e na execução e monitorização de tratamento instituídos. Ao nível comunitário, na UCC, os enfermeiros dinamizam e participam em programas e projetos específicos, estabelecidos em rede ou em parceria, no âmbito da saúde escolar e oral, saúde ocupacional, criando oportunidades de autorresponsabilização, reforçando capacidades (Correia *et al.*, 2001; Henriques *et al.*, 2011).

Estas unidades funcionais, quer como espaços físicos quer como espaços onde ocorrem as práticas profissionais, podem contribuir para uma mudança da imagem profissional do enfermeiro. O desenvolvimento de uma consulta de enfermagem, que ocorre num

espaço próprio e onde o enfermeiro surge sozinho e utilizando um computador como suporte ao registo e consulta de informação, pode conduzir implicitamente a uma imagem de atualização e autonomia profissional face à tradicional hegemonia médica (Heierle Valero, 2011). De certo modo pode também considerar-se que confere alguma visibilidade ao conjunto de ‘saberes’ que o enfermeiro conjuga na sua prática, e o desenvolvimento explícito de intervenções educativas tanto na consulta de enfermagem como nas visitas domiciliárias (sobretudo no âmbito das ECCI) faz sobressair a imagem de enfermeiro educador, através da relação de tipo horizontal que estabelece quer com os utentes quer com os familiares ou cuidadores informais, com (re)conhecimento dos seus ‘saberes’ e ‘competências’ para gerirem o seu autocuidado e na capacitação e mobilização de recursos para poder cuidar de um familiar doente crónico, dependente e/ou em fase avançada de doença grave e incuráveis, contribuindo assim para uma maior compreensão do potencial do seu papel neste campo. Esta imagem de enfermeiro educador surge também reforçada nas atividades educativas e formativas desenvolvidas no âmbito da UCC, sobretudo ao nível da saúde escolar. Simultaneamente, ao coordenar esta unidade funcional e ao intervir na comunidade com base no desenvolvimento de projetos, emerge uma imagem profissional renovada do enfermeiro gestor capaz de gerir recursos tanto humanos como instrumentais, e também de conceber, planificar e implementar um conjunto de atividades para responder a necessidades que diagnosticou na comunidade.

Do exposto, emerge que ao nível dos CSP e no âmbito das equipas das unidades funcionais de saúde do CS, o enfermeiro assume as mais diversas responsabilidades nos cuidados de saúde, que abarcam a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a gestão de cuidados e acompanhamento de pessoas e famílias em situações de doença, seja aguda ou crónica, assegurando a reabilitação ou acompanhamento de doentes terminais, proporcionando cuidados de proximidade e promovendo o trabalho em rede com os utentes, as famílias, grupos e estruturas da comunidade, numa perspetiva de continuidade, integradora e longitudinal. O foco de atenção do enfermeiro inclui não só o indivíduo mas também a família e a comunidade, pelo que proporciona cuidados não só nas unidades funcionais de saúde, mas também nos domicílios, nos locais de trabalho, nas escolas e em diversos contextos comunitários, o que lhe confere um papel de vanguarda nos CSP, na inovação dos cuidados e nos cuidados na doença crónica

pelas competências que detêm (ICN, 2008, 2009, 2010). Em qualquer equipa do CS os enfermeiros evidenciam:

- Competências de comunicação e interação com o utente, famílias e cuidadores (formais e informais) para coordenar a capacitação para o autocuidado;
- Competências de trabalho colaborativo e em rede, essenciais para as parcerias e a gestão de casos;
- Competências de liderança e gestão de projetos para aumentar a literacia em saúde e desenvolver as potencialidades salutogénicas das pessoas, das famílias e da comunidade.

É essencial que na *práxis* os enfermeiros evidenciem a mobilização destes ‘saberes’ e competências que lhe permitem intervir, nomeadamente nos processos de transição das pessoas e famílias, na promoção e capacitação para o autocuidado, no proporcionar cuidados culturalmente congruentes. Pela proximidade com os utentes e as famílias, o enfermeiro pode compreender as transições do ponto de vista de quem as experiencia e perceber os fatores interferentes no processo de transição (individuais e contextuais), o que lhe permite avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção e/ou intervenção terapêutica para reorganizar os momentos transicionais, suportado, entre outros, pelo conhecimento sobre as transições desenvolvido por Meleis (2010). Quando é necessário capacitar para o autocuidado e para a sua gestão o enfermeiro é, geralmente, o profissional que o utente procura não só pela sua acessibilidade, porque o acompanha ao longo do ciclo vital e familiar e é quem o conhece melhor, porque é com quem estabelece uma relação de confiança, mas também pelo reconhecimento da sua competência para ajudar na aquisição das capacidades necessárias para se cuidar, em muito alicerçada pelos pressupostos do autocuidado do qual Orem foi perscrutadora (McEwen & Wills, 2009). É também o enfermeiro que, duma forma programada, envolve cuidadores informais para reforçar as capacidades e competências das famílias para lidar com situações de défice de autocuidado e dependência, sendo muitas vezes proactivo na organização dos diferentes recursos necessários e orientação para redes de apoio. A confiança depositada por utentes e famílias nas competências dos enfermeiros e a valorização pelos parceiros comunitários e restantes elementos da equipa de saúde é, em parte, determinada pela sua sensibilidade cultural que lhe permite intervir de forma congruente com os valores, as crenças e hábitos culturais das pessoas, famílias e da comunidade, e proporcionar cuidados seguros e significativos, em muito norteados pelo

referencial conceptual da teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado de Leininger, tanto no encontro cultural que ocorre na consulta de enfermagem, como na visita domiciliária ou em atividades na comunidade (McEwen & Wills, 2009). É a competência cultural do enfermeiro que lhe permite aceder às crenças, hábitos e práticas dos utentes e famílias, e às representações sobre saúde-doença e cuidados de saúde veiculadas na comunidade, essenciais para a negociação dos cuidados ou intervenções, seja preservando os já iniciados ou propondo a sua reestruturação e reorganização. Assim, o conjunto de saberes mobilizados pelo enfermeiro na abordagem dos cuidados de saúde constituiu-se como uma das dimensões diferenciadoras da enfermagem na construção da interdisciplinaridade, mantendo o foco distinto da disciplina e papel profissional do enfermeiro nas equipas de saúde do CS. Como defende Meleis (2015) o conhecimento baseado em enquadramentos concetuais coerentes e colaborativos, que reflitam nas equipas interdisciplinares as prioridades da enfermagem, concretamente a saúde e o bem-estar dos utentes, das famílias e das comunidades, pode ser o recurso e o catalisador necessário para melhorar o acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade, que melhorem o autocuidado, tratem os sintomas, evitem doenças e promovam o bem-estar, garantindo acesso às populações mais vulneráveis através de estratégias baseadas nas competências de enfermagem ao nível dos cuidados domiciliários e comunitários e desenvolvendo o conhecimento para eliminar disparidades na prestação de cuidados de saúde.

Perante o exposto neste capítulo, a análise de O'Rourke (2003) serve o propósito de uma síntese ao refletir a amplitude e o cariz multifacetado do papel profissional do enfermeiro. Considera este autor que o papel do enfermeiro compreende cada vez mais a responsabilidade de gerir os cuidados e determinar a natureza e a extensão da prática colaborativa pelo que o enfermeiro deve assumir uma posição de liderança na equipa, o que lhe requer um conjunto de competências, nomeadamente a capacidade de elucidar os outros sobre a metodologia e modelo de prática profissional, a capacidade de prestar e gerir cuidados num ambiente em mudança, a capacidade para transformar a oferta de cuidados de acordo com os novos modelos de prestação de cuidados em saúde, a capacidade de destrinçar gestão dos cuidados de gestão administrativa e organizacional e a capacidade de gerir a interação com os outros profissionais e os utentes na procura dos cuidados mais eficazes e de ganhos em saúde.

PARTE II – O ESTUDO: METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO

Num processo de pesquisa é essencial que o investigador clarifique não só os seus pressupostos sobre a natureza e conhecimento da realidade em estudo mas sobretudo a natureza em que a investigação emerge, nomeadamente a questão da pesquisa, os objetivos do estudo, o conjunto flexível de diretrizes que unem os paradigmas às estratégias e metodologia de investigação, aspetos a que se dedica o primeiro capítulo. O segundo capítulo inicia-se pela explicitação do caso e as fases processuais do seu estudo. Subdivide-se depois em cinco subcapítulos:

- Um primeiro, no qual se contextualiza o caso, essencial para a compreensão das perspetivas e expectativas sobre o papel do enfermeiro. Como refere Stake (2012), é no contexto que ocorre o processo de construção ativa de significados;
- A seleção do conjunto de participantes e os diferentes processos de amostragem são apresentados no segundo subcapítulo;
- A utilização de múltiplas estratégias de colheita de informação constitui-se como característica da metodologia do estudo de caso (Yin, 2010; Stake, 2005). No terceiro subcapítulo apresentam-se as selecionadas e expõem-se as razões da sua escolha;
- O quarto subcapítulo diz respeito às questões éticas inerentes ao desenvolvimento do estudo, descrevendo-se os princípios e procedimentos adotados durante todo o percurso;
- No quinto e último subcapítulo apresenta-se o processo analítico dos dados, caracterizando cada uma das suas etapas.

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O investigador aborda o mundo com um conjunto de ideias, um esquema (teoria, ontologia) que especifica numa série de questões (epistemologia) que então estuda nos seus aspetos específicos (metodologia, análise) e a rede que contém essas premissas epistemológicas, ontológicas e metodológicas do investigador pode ser denominada de paradigma (Denzin & Lincoln, 2005; Lessard-Hérbert, Goyette & Boutin, 2005). Assim, a ontologia do investigador dirige a epistemologia e posteriormente a metodologia, enquanto o paradigma fornece um quadro ou uma lente através da qual se pode compreender e conduzir um estudo (Welford, Murphy & Casey, 2011).

Flick (2004) sublinha que o ponto de partida de um estudo seja centrado num problema e a escolha do tipo de abordagem depende do objetivo e do fenómeno a estudar. Assume-se que o fenómeno do qual se ocupa este estudo é complexo e que a compreensão do contexto social e cultural onde ocorre é um elemento importante para a pesquisa. O desenvolvimento de equipas multiprofissionais, como um dos elementos chave da reorganização em curso nos CSP para responder às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade, pressupõe a construção de um projeto comum de intervenção em saúde. Para este desiderato é necessário que a intervenção específica de cada grupo profissional se complemente, se construa na interação entre profissionais e com os utentes. Assim, a implementação destas novas equipas exige que a prestação de cuidados de saúde passe a ter como característica central uma intervenção complexa em que a interdisciplinaridade é essencial, favorecendo a partilha de conhecimentos e intervenções, admitindo que todas as disciplinas e profissionais na área da saúde se tocam num ponto comum, o utente, e que este último faz parte desta mesma equipa. Neste entendimento, problematizou-se o papel do enfermeiro enunciando-se como questão central de investigação:

- Como perspetivam e quais as expectativas dos enfermeiros, dos outros profissionais e dos utentes, sobre o seu papel nas equipas de saúde das unidades funcionais do Centro de Saúde?

Para o estudo desta problemática elaboraram-se formulações sobre o que se procura conhecer:

- Como perspetivam os enfermeiros o seu papel na equipa?
- Que saberes e práticas valorizam os enfermeiros ao caracterizar e perspetivar o seu papel?
- Que expectativas têm os enfermeiros sobre o desenvolvimento do seu papel na equipa?
- Como perspetivam os outros profissionais da equipa o papel do enfermeiro?
- Que expectativas têm os outros profissionais sobre as competências que o enfermeiro poderá mobilizar na equipa?
- Como perspetivam os utentes o papel do enfermeiro na equipa de saúde?
- Que expectativas têm os utentes sobre as competências do enfermeiro para responder às suas necessidades?

Estas questões constituem as premissas para identificar e analisar as perspetivas e expectativas dominantes sobre o papel do enfermeiro, objetivos principais do estudo.

Procura-se obter um perfil geral de um fenómeno, descobrindo e apreendendo os conceitos e significados que o caracterizam sem atingir o grau explicativo, o que exige uma abordagem que seja capaz de conduzir à descoberta dos significados que lhe são dados (Flick, 2004).

Um primeiro argumento para selecionar uma abordagem está implícito na escolha da metodologia que se adequa à questão de investigação. Os métodos da pesquisa qualitativa são apropriados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a investigação uma vez que pressupõem a análise das interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas (Patton, 2002; Flick, 2005; Lessard-Hérbert *et al.*, 2005; Denzin & Lincoln, 2006; Günther, 2006). Deste modo, a trajetória metodológica deste estudo insere-se na pesquisa qualitativa, por forma a conduzir à compreensão do que há de essencial no fenómeno e nos processos sociais que o envolvem, ou seja, o sentido dado pela subjetividade. Flick (2004) ressalta como principal característica da pesquisa qualitativa a primazia da compreensão como princípio do conhecimento, que prefere estudar as relações complexas, em diferentes espaços e situações, ao invés de explicá-las por meio do isolamento de variáveis. Evidencia ainda como segunda característica a construção da realidade, sendo que o significado é o conceito central da investigação. Günther (2006) adverte que estas características são comuns à pesquisa quantitativa, que não exclui o interesse na compreensão das relações complexas e concebe as múltiplas atividades que compõem o processo de investigação como um ato social de construção de conhecimento. Flick

(2005) defende que a diferenciação entre os dois tipos de pesquisa reside no paradigma onde se ancoram as estratégias e práticas metodológicas.

O processo de pesquisa qualitativa não pode ser conduzido a partir de uma perspectiva neutra e a cada vez maior diversidade de estratégias de investigação e métodos de recolha e análise de dados proporcionam uma progressiva flexibilidade epistemológica, ontológica, axiológica e metodológica que se reflete na liberdade de paradigma para os pesquisadores qualitativos (Lessard-Hérbert *et al.*, 2005; Denzin & Lincoln, 2006). Patton (2002) reconhece que há mudanças nos limites paradigmáticos e que, em vez de competição paradigmática, os investigadores confrontam-se atualmente com um novo "paradigma de escolhas" para conduzir de forma lógica e coerente a pesquisa e a inclusão de diferentes métodos. Não existe um paradigma que se sobreponha perante outros e a sua escolha é guiada pelo conhecimento sobre o fenómeno em estudo, as questões de pesquisa e crenças do investigador (Welford *et al.*, 2011).

Sendo o papel profissional uma construção social em permanente evolução, que conjectura uma diversidade de formulações sobre os atributos da prática do enfermeiro percebidos e esperados quer pelos próprios enfermeiros, pelos outros profissionais de saúde, pelos utentes e comunidade em que está integrado, pretende-se a sua compreensão e significado a partir de múltiplas perspetivas, numa abordagem naturalista o que significa que o investigador estuda o fenómeno nos seus contextos naturais, tentando entendê-los ou interpretá-los em termos dos significados que as pessoas lhes conferem. O investigador está imerso no contexto, tem uma relação íntima com o que é estudado e uma perspetiva interpretativa da condução da investigação e das limitações situacionais que a influenciam. Enfatiza a natureza repleta de valores da investigação e procura responder a questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado. Vê o mundo em atividade e nele insere as suas descobertas (Patton, 2002; Flick, 2004; Denzin & Lincoln, 2005; Lessard-Hérbert *et al.*, 2005).

Neste enquadramento, o interpretativismo e o construtivismo emergem como paradigmas que conduzem o estudo do papel do enfermeiro. O interpretativismo estimula e valoriza o estudo dos fenómenos através da perspetiva dos participantes e assume múltiplas realidades cujo contexto dá sentido ao fenómeno e o construtivismo admite que os seres humanos desenvolveram a capacidade para construir e interpretar a realidade (Patton, 2002; Denzin & Lincoln, 2005). Ontologicamente, o interpretativismo

concebe a realidade a partir de várias perspectivas e múltiplos contextos, que são holísticos apesar de especificamente localizados, e o construtivismo pressupõe que a realidade é contínua, dinâmica e reproduzida pelas pessoas nos seus conhecimentos e interpretações (Welford *et al.*, 2011). Relativamente à epistemologia, ambos os paradigmas reconhecem a subjetividade em coexistência com a objetividade: o interpretativo admite que não há nenhuma interpretação definitiva ou única da realidade pelo que o objetivo da pesquisa será entender e encontrar sentido na experiência de várias perspectivas de forma indutiva; o construtivista considera que teoria e conhecimento são iluminados através de significados compartilhados nas interações sociais sendo o foco principal da pesquisa descobrir as formas pelas quais os indivíduos e os grupos participam na criação de sua realidade social percebida (Patton, 2002; Denzin & Lincoln, 2005).

Tendo como pressuposto que a compreensão e significado a partir de múltiplas perspectivas podem explicar um fenómeno, este estudo tem como suporte um paradigma ‘interpretativo-construtivista’ (Welford *et al.*, 2012), assume-se uma ontologia relativista considerando que existem significações e realidades múltiplas sempre em construção, uma epistemologia subjetivista fundamentada no trabalho conjunto do investigador e do participante na formação das compreensões, e um conjunto naturalista de procedimentos metodológicos para obter uma compreensão de como o papel do enfermeiro é interpretado e implementado na prática das equipas de saúde das unidades funcionais do Centro de Saúde.

De entre os percursos de abordagem qualitativa optou-se pelo estudo de caso, considerado por Flick (2004) como o ponto de partida ou elemento essencial da pesquisa qualitativa. Tomou-se o caso de um Centro de Saúde como uma unidade representativa para a compreensão do fenómeno em estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é, ao mesmo tempo, distinto e particular pelo que Welford *et al.* (2012) observam que a inclusão contextual torna o estudo de caso único entre as estratégias de pesquisa e Creswell, Hanson, Clark and Morales (2007) enfatizam que parte de alguns pressupostos teóricos iniciais mas procura manter-se constantemente aberto a novos elementos emergentes e importantes para discutir a problemática em questão. Denzin and Lincoln (2006) argumentam que nenhum método é capaz de compreender todas as variações subtis na significação humana, consequentemente os investigadores qualitativos tendem a utilizar métodos interpretativos interligados procurando tornar

mais compreensíveis os contextos do fenómeno que estudam. Metodologicamente, o estudo de caso caracteriza-se pelo uso de múltiplos métodos para revelar as múltiplas perspetivas não só através de diversas estratégias de recolha de dados mas também da sua triangulação na análise, que pode ocorrer em simultâneo num processo interativo entre o investigador, os dados de campo e o referencial teórico, refletindo a preocupação de assegurar uma compreensão do fenómeno em profundidade e de aumentar a abrangência e rigor do estudo (Flick, 2005; Gangenness & Yurkovich, 2006; Welford *et al.*, 2012).

Estas opções problematizam duas questões críticas: da representatividade, uma vez que no processo de pesquisa qualitativa a realidade muda com o tempo e o seu significado é contextual e situacional e se assume o investigador imerso no contexto e interpretador da realidade; da validade externa, referente à possibilidade de generalizar os resultados do estudo. Para Denzin and Lincoln (2006) estas questões estão relacionadas com a reflexividade e representação textual do estudo, elementos que lhe conferem verdadeiro fundamento e solidez. Neste estudo, a investigadora tem consciência das realidades abstratas que se criam nas descrições, pelo que a inclusão de ‘vozes múltiplas’ significam uma forma mais participativa de investigação, isto é, no texto estão refletidas a voz da investigadora e dos que participam, dando ao leitor a possibilidade de ver as distintas perspetivas de forma simultânea. O conhecimento válido constrói-se através do consenso entre os membros de uma comunidade, nesse sentido, não pode ser separado dos que o constroem pelo que para lhe aceder é necessário a argumentação dos participantes no discurso, o que significa uma validação comunitária ao invés da validação objetiva. É este ‘código de representação’ que sustenta o conhecimento real (Denzin & Lincoln, 2006; Lincoln & Guba, 2006).

Quanto à reflexividade, há hoje um consenso de que é um instrumento para a validade e é proposta como um critério básico para avaliar a qualidade dos estudos qualitativos. Como processo de reflexão crítica do investigador e participantes, é uma habilidade que está presente nas interações sociais humanas, contudo envolve um importante conceito técnico enquanto instrumento para analisar a forma como a intersubjetividade influencia o processo de investigação. Quando o investigador presta contas pela sua prática, a reflexividade converte-se não só num produto escrito mas forma também parte do processo de investigação uma vez que o processo reflexivo impregna todos os níveis do estudo, desde a sua orientação e enquadramento teórico até às reações dos participantes,

e está presente em todas as fases desde a questão de pesquisa, ao trabalho de campo, à análise de dados e à elaboração final do relatório. O processo reflexivo também enriquece a própria pesquisa ao proporcionar percepções sobre o fenómeno em estudo o que amplia a sua compreensão e análise a partir de diferentes perspetivas e não apenas a partir do conhecimento teórico (De la Cuesta-Benjumea, 2011). Neste sentido, a flexibilidade proporciona um processo de construção sobre o que conhecem e como o conhecem e assim beneficia a investigação, a teoria e sobretudo a prática ao refletir sobre o que podem mudar (Gergen & Gergen, 2003; Denzin & Lincoln, 2006; Lincoln & Guba, 2006).

O esforço da análise centra-se na rede de raciocínios por onde os conceitos se articulam, se apoiam, se reconstróem interpretativamente e produzem evidências integradas no processo lógico dedutivo (Mattos, 2011). É neste contexto que Lincoln and Guba (2006) defendem que a pesquisa qualitativa permite ‘transferibilidade de contextos’ e que Flick (2004) se refere à ‘generalização de conceitos e relações encontradas’. O sentido da pesquisa qualitativa não está orientado para a generalização dos resultados e sim para a compreensão da realidade, não há preocupação com representatividade mas sim com o aprofundamento da compreensão a partir de um grupo social, com ênfase no carácter processual e na reflexão. Deste modo, a generalização de resultados da pesquisa qualitativa pode ser classificada como uma generalização argumentativa (Flick, 2005).

Para Yin (2010) e Stake (2012) os estudos de caso admitem uma generalização precisamente na interpretação que recebem, sendo generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos, uma vez que o objetivo do investigador é fazer uma análise generalizante (generalização analítica) e não particularizante (generalização estatística). Coerentemente atinge-se a generalização analítica a partir de uma teoria previamente desenvolvida e usada como um padrão, com o qual são comparados os resultados empíricos do estudo de caso (Yin, 2010) e a generalização naturalística através do julgamento dos leitores sobre a possibilidade de transferência dos resultados encontrados para outros contextos (Stake, 2012), realizada transversalmente pela força do exemplo como interpretação prática da comunicação investigador-leitor (Mattos, 2011). Neste estudo, a possibilidade de generalização analítica sobre o papel profissional do enfermeiro será mediada pela teorização do papel proposta por Hardy and Conway (1988) e a eventual generalização naturalística terá de ser enquadrada no conjunto de medidas legislativas orientadoras da reforma dos CSP no âmbito do SNS.

2. ESTUDO DE CASO

Tendo-se optado pela abordagem qualitativa e face à questão de investigação, considerou-se o estudo de caso como a opção mais adequada uma vez que o campo de investigação se concentra num fenómeno natural dentro de um contexto da vida real.

A interpretação de estudo de caso não é consensual sendo comumente definido como processo ou abordagem que atravessa os paradigmas de investigação (Patton, 2002). Stake (2005) defende que o estudo de caso não é um método específico de pesquisa nem uma escolha metodológica, mas uma forma particular de estudo de um fenómeno, escolhido para ser estudado dentro de um sistema limitado. Para Yin (2010) é um processo abrangente de pesquisa com o qual se pretende estudar um fenómeno contemporâneo no contexto real, sendo particularmente apropriado quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos. Creswell *et al.* (2007) entendem o estudo de caso como uma abordagem qualitativa em que o investigador explora um sistema limitado (um caso) ou múltiplos sistemas (casos limitados) ao longo do tempo, através de detalhada e profunda colheita de dados envolvendo múltiplas fontes de informação, e descrição do caso baseada em temas, pelo que o concebe simultaneamente como uma metodologia, um tipo de pesquisa qualitativa, um objeto de estudo e um produto da investigação.

A finalidade de um estudo de caso é reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenómeno, procurando descobrir o que nele há de mais essencial e característico. É sustentado por um referencial teórico que orienta as questões e proposições do estudo, reúne uma gama de informações pormenorizadas e não estruturadas, obtidas por meio de diversas técnicas de levantamento de dados e a partir de múltiplas fontes de evidência para melhor compreender determinados grupos, indivíduos, sociedades ou organizações (Stake, 2005; Patton, 2002; Yin, 2010; Creswell *et al.*, 2007)

Para a utilização pragmática do estudo de caso, define-se como um estudo aprofundado e intensivo de um contexto particular e circunscrito, em que o fenómeno de interesse é revelado através do caso e a compreensão das complexas interações humanas e significados pessoais é desenvolvida através de vários métodos, incluindo o envolvimento sustentado no campo (Luck, Jackson & Usher, 2006). O caso é

intencional, é reconhecível e específico, complexo e um sistema integrado, isto é, dentro do caso existe coerência e é ele o objeto de estudo ao invés de processo. O estudo de caso tem delimitação específica pelo tempo, lugar, evento ou atividade, limites que são definidos explicitamente através da descrição do local, cultura de processos, grupo ou instituição e ajudam a demarcar a colheita de dados. Pode não ser fácil, no entanto, distinguir o caso do contexto pelo que é importante que os limites do caso sejam facilmente distinguíveis dos acontecimentos, do comportamento ou das ações que estão os ultrapassam (Stake, 2005; Patton, 2002; Yin, 2010). Em forma de síntese, Coutinho (2011) reúne as características chave sobre o estudo de caso que emergiram das várias propostas de definição: é uma investigação empírica que se baseia no raciocínio indutivo, que depende do trabalho de campo, que não é experimental e que se baseia em fontes de dados múltiplas e variadas.

Registam-se diferentes termos para descrever a tipologia de estudos de caso. São classificados por Yin (2010) como explicativos, exploratórios, ou descritivos:

- Os de tipo explicativo procuram explicar as ligações causais presumidas em intervenções da vida real que são muito complexas para a pesquisa experimental;
- Os exploratórios são usados para pesquisar as situações em que a intervenção a estudar não é clara ou não apresenta um conjunto único de resultados;
- Os de cariz descritivo procuram relatar uma intervenção ou fenómeno e o contexto da vida real em que ocorreu.

Yin (2010) também diferencia entre estudo de caso único e estudo de caso múltiplo ou casos incorporados, isto é, que pode envolver mais de uma unidade de análise. Sustenta que o estudo de caso múltiplo é mais consistente porque permite explorar as diferenças dentro e entre os casos o que possibilita maiores generalizações por permitir replicar resultados entre os casos.

Os estudos de caso são categorizados por Stake (2005) como intrínsecos, instrumentais ou coletivos:

- O estudo é intrínseco quando o objetivo é entender melhor o caso. Não é realizado porque o caso representa outros casos ou ilustra um traço particular ou problema mas porque o interesse reside no processo em si, na sua especificidade e simplicidade. O seu propósito não é a construção abstrata ou teorização (apesar de ser uma opção).
- No de tipo instrumental o caso é de interesse secundário, desempenha um papel de apoio, facilita a compreensão para além da situação particular. Sendo secundário, o caso

é frequentemente estudado em profundidade, os seus contextos analisados, as suas atividades normais detalhadas, porque ajuda a alcançar o interesse que lhe é externo. O caso pode ou não ser visto como típico de outros casos. Este tipo de estudo proporciona informações sobre um assunto ou ajuda a refinar uma teoria.

- O estudo de caso coletivo envolve a recolha de dados a partir de mais do que um caso para compreender um fenómeno, sendo de natureza semelhante ao descrito por Yin (2010) para os estudos de caso múltiplo. Enquanto Yin (2010) argumenta que o mérito do estudo de caso múltiplo, que preencha a exigência conceitual de replicação teórica, é o suporte às generalizações analíticas, Stake (2005) alega que o estudo de caso coletivo, sendo realizado para entender um fenómeno em profundidade, pode considerar-se equiparado a um estudo de caso instrumental abrangente.

Nenhum dos autores apresenta uma diferenciação clara entre o caso e unidade de análise. Um caso tem unidades empíricas ou constructos teóricos que tanto podem ser gerais como específicos, representando de alguma forma o tema do estudo (Yin, 2010). É assim concebido em termos realistas e existe independentemente ou é consequência de abstrações teóricas ou é convencionado. (Luck *et al.*, 2006). A unidade de análise é a verdadeira fonte de informação: individual, organizacional, documental ou artefacto (Yin, 2010). Pode ser o indivíduo, uma prática cultural, um processo de trabalho, um grupo de pessoas ou mesmo a política e a estratégia organizacional (Stake, 2012). Nesta perspetiva, a definição da unidade de análise depende do objetivo que o pesquisador pretende atingir com o estudo de caso (Patton, 2002).

Conceptualmente o estudo de caso pode ser abordado de diferentes formas dependendo do ponto de vista epistemológico, ontológico e metodológico do pesquisador. Durante muitos anos o estudo de caso foi subjugado à metodologia quantitativa com base em críticas de validade. Na segunda metade do século XX, devido a um interesse renovado na metodologia qualitativa o estudo de caso reemergiu como uma abordagem prática para estudar de forma abrangente as questões complexas no seu contexto (Anthony & Jack, 2009; Casey & Houghton 2010). Há lugar para ambas as abordagens, qualitativa e quantitativa, dependendo da finalidade do estudo, dos objetivos e questões de investigação, considerados como elementos essenciais para conduzirem ao desenvolvimento de um quadro conceptual que orienta a seleção de um tipo específico de desenho de estudo de caso (Baxter & Jack, 2008). Neste sentido, porque qualquer uma destas metodologias ajuda a desenvolver a compreensão dos

fenómenos pesquisados, pode considerar-se que o estudo de caso atravessa os paradigmas de investigação (Luck *et al.*, 2006). A finalidade do estudo de caso é sempre holística, ou seja, visa preservar e compreender o caso no seu todo e na sua unicidade. Neste sentido, segue uma abordagem interpretativa, envolve a compreensão dos significados, dos contextos e dos processos percebidos a partir de perspetivas diferentes, tentando entender os significados individuais e socialmente compartilhados (Creswell *et al.*, 2007). Tem sempre um forte cariz descritivo porque o investigador se apoia numa descrição compacta do fenómeno, o que não impede um profundo alcance analítico, confrontando o caso com outros casos já conhecidos ou com teorias existentes, ajudando a gerar novas teorias e novas questões de investigação (Stake, 2012).

Para Taylor (2013) a flexibilidade do estudo de caso e o seu potencial de aplicação prática são um dos seus pontos fortes, contudo Stake (2005) adverte que tem ocorrido um considerável debate sobre os problemas de confiabilidade e validade sendo-lhe dirigidas algumas críticas positivistas: carece de rigor, é propenso a enviesamentos e tem baixo nível de generalização dos resultados. O rigor metodológico assume-se essencial para superar estas críticas tradicionais sendo importante que os investigadores demonstrem coerência entre a sua posição filosófica e teórica, a questão de pesquisa e o desenho, apresentando argumentos coerentes para a inclusão de métodos variados para obtenção de informações (Yin, 2010). Estão descritas algumas estratégias para demonstrar o rigor e garantir a credibilidade, a confiabilidade, a validade e transferibilidade de um estudo de caso (Casey & Houghton 2010; Houghton, Casey, Shaw & Murphy, 2013; Taylor, 2013):

- A credibilidade refere-se ao valor e crédito quer do processo de pesquisa quer dos resultados. O envolvimento prolongado do investigador no campo ou locais do estudo de caso é uma estratégia que pode melhorar a credibilidade da pesquisa, uma vez que lhe proporciona uma compreensão mais abrangente do fenómeno que investiga e lhe permite detetar quando alcançou a saturação de dados. A credibilidade pode também ser reforçada com a triangulação de métodos para estudar o fenómeno, o que possibilita a confirmação e exaustividade dos dados. A confirmação, processo de cruzamento dos dados obtidos através das diversas fontes, confere-lhes consistência o que aumenta a confiança nos resultados. A recolha de dados a partir de várias perspetivas e diversidade de fontes permite não só descrever de forma mais completa o fenómeno, como ao reunir as vantagens específicas de cada uma das abordagens de recolha se maximiza o

potencial de análise em profundidade e exaustividade nos casos e do seu contexto. A legitimação das entrevistas pelos participantes, permitindo a leitura da sua transcrição, é outra forma de confirmação do rigor das informações recolhidas e, portanto, da sua credibilidade. A validação metodológica pelos pares é outra das estratégias que pode ser usada, apesar da análise em pesquisa qualitativa ser um processo individual e único entre o pesquisador e os dados. O objetivo consiste na confrontação das perspectivas com um investigador independente relativamente ao processo de análise e não ao desenvolvimento de codificações e estrutura temática idêntica à do próprio investigador do estudo.

- A fiabilidade, muitas vezes comparada com o conceito de confiabilidade na pesquisa quantitativa, refere-se à solidez dos dados. É conferida pela possibilidade de analisar o processo pelo qual os resultados foram obtidos, vertido em descrições fiéis e reconhecíveis para os leitores. O rigor exige a documentação dos procedimentos e métodos adotados nas diferentes fases da investigação, sobretudo durante a colheita e análise de dados, descrevendo as decisões tomadas e explicitando as opções metodológicas e critérios subjacentes às apreciações interpretativas do investigador.

- A validade alude à neutralidade e precisão dos dados, estando estreitamente relacionada com a fiabilidade e os processos de determinação em ambas são semelhantes. Exige ao investigador reflexividade sobre a influência que os seus interesses pessoais e a perspectiva teórica tiveram sobre as decisões tomadas ao longo de todo o estudo, destacando a transparência do processo de pesquisa através da sua descrição rigorosa.

- A transferibilidade diz respeito à possibilidade dos resultados particulares serem transferidos para outro contexto ou situação semelhante, ainda que preservando os significados e inferências a partir do estudo realizado. Uma descrição densa e rica dos resultados, articulada não só com relatos do contexto e exemplos de dados brutos mas também com as abordagens teóricas que suportam a análise, proporciona que outros façam julgamentos sobre a relevância e aplicabilidade dos resultados para contextos específicos o que aumenta a sua possibilidade de transferência.

O estudo de caso, como abordagem qualitativa, é reconhecido pela sua capacidade de oferecer um alto nível de conhecimento contextualizado e detalhado da vida real o que, considerando a frequência com que as inovações estão acontecendo na área da saúde, é uma abordagem que se presta para uma pesquisa em profundidade dos complexos

ambientes dos serviços de saúde, onde se insere a Enfermagem. Esta capacidade de explorar fenómenos complexos e baseados em realidades perfila-se com a essência da enfermagem enquanto profissão ancorada no cuidado humano, pelo que o estudo de caso surge como abordagem de ideal ao permitir que o investigador reconheça a complexidade do fenómeno sem a controlar ou limitar o seu estudo a variáveis específicas. Também a capacidade de transpor abstrações teóricas para a prática complexa determina o estudo de caso como metodologia com potencial para promover o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem (Gangeness & Yurkovich, 2006; Luck *et al.*, 2006; Taylor, 2013).

De uma revisão integrativa da literatura realizada por Anthony and Jack (2009) sobressai que o estudo de caso é adequado para uma variedade de propósitos de investigação em enfermagem relacionados com a profissão e os serviços de saúde, a prática de enfermagem e o desenvolvimento de funções inovadoras em enfermagem. Tem sido usado para estudar populações ao longo do ciclo vital e em contextos transversais de enfermagem, incluindo a prática institucional e de base comunitária, para desenvolvimento de conhecimento em contextos transculturais de enfermagem. É também utilizado com frequência no ensino de enfermagem. Geralmente os resultados são usados dentro da profissão de enfermagem resultando no desenvolvimento de diretrizes para melhores práticas, ou disponibilizando evidências para a melhoria contínua do processo de cuidados, ou para a resolução de problemas ou tomada de decisão clínica.

Mediante o exposto, considerou-se o estudo de caso como uma abordagem de pesquisa relevante para explorar as perspetivas e expectativas sobre a enfermagem nas equipas de saúde das diferentes unidades funcionais do CS, questão central de investigação. A significação atribuída ao enfermeiro nestas equipas é profundamente contextual e na conjuntura de reforma dos CSP não é possível controlar as múltiplas variáveis que caracterizaram este processo de mudança organizacional, daí optar-se pelo estudo de caso para captar o fenómeno de interesse. Esta reforma, ao implicar a multiplicação de equipas de saúde multiprofissionais cada vez mais interdisciplinares, tem influência não só ao nível organizacional mas também nas próprias profissões. Como referido anteriormente, a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade constroem-se no domínio da prática, na interação entre todos os atores em saúde e a *praxis* do enfermeiro é complexa e com variantes no desenvolvimento da prática clínica em função dos

diversos modelos de intervenção, o que pode contribuir para as perspetivas sobre o papel do enfermeiro (Rocha & Almeida, 2000; Almeida & Mishima, 2001; Pires, 2007; McEwen & Wills, 2009).

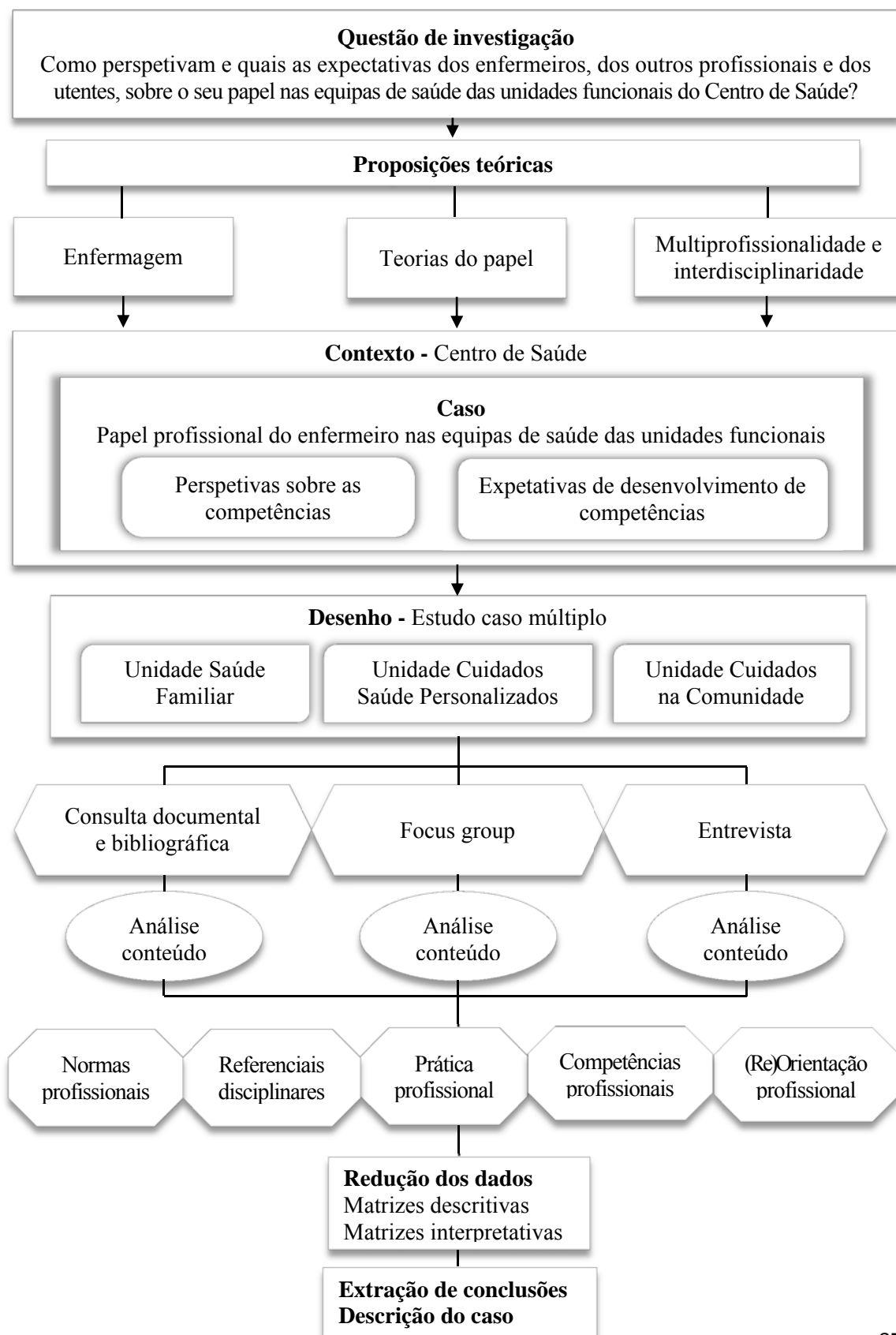
Partindo destes pressupostos, as novas unidades funcionais de um CS constituíram o caso para estudar o papel profissional do enfermeiro nas respetivas equipas. É um estudo de caso qualitativo, de tipo exploratório e de caso múltiplo ou casos incorporados (Yin, 2010) considerando-se também do tipo instrumental abrangente (Stake, 2012) uma vez que se pretende compreender o papel profissional do enfermeiro para além destes contextos analisados, isto é, em última análise o propósito visa uma compreensão do seu papel ao nível dos CSP.

O desenho de investigação foi conduzido num paradigma interpretativo porque o foco é a subjetividade: explorar os significados e opiniões dos participantes em relação à realidade e potencialidades do papel dos enfermeiros, o que depende do contexto. Esta abordagem permitiu explorar "como" é perspetivada a prática de enfermagem na realidade do dia-a-dia da e 'quais' as expectativas decorrentes desta mudança organizacional.

A seleção do contexto para estudar o caso não é aleatória uma vez que o caso e o seu contexto real não podem ser separados (Anthony & Jack 2009, Yin 2010). Deste modo, procurou-se um CS com proximidade geográfica e com as diferentes tipologias de unidades de saúde em funcionamento há pelo menos um ano. De entre as hipóteses que reuniam estes critérios a opção teve por base a relação da investigadora enquanto docente orientadora de ensinos clínicos, o que permitiu aliar estrategicamente a acessibilidade ao campo e aos participantes com a possibilidade de envolvimento prolongado visando não só uma compreensão mais abrangente do papel profissional do enfermeiros nestas equipas mas também a credibilidade do estudo. Assim, selecionou-se intencionalmente um CS da região Centro e o caso em estudo envolveu a USF, a UCSP e a UCC considerando-se cada uma das três equipas de saúde como unidade de análise. Desta forma, o caso foi delimitado por local e pessoas. Triangularam-se fontes e métodos de recolha e análise de informação visando a credibilidade do processo de pesquisa e dos resultados: recorreu-se a pesquisa documental e bibliográfica, a *Focus Group Interviewing* e a entrevistas individuais a profissionais e utentes destas equipas de saúde num processo de amostragem dinâmico e sequencial até se esgotar a informação, que se cruzou durante a fase de análise para aumentar a fiabilidade das

interpretações e validade das conclusões. Na Figura 3 resume-se conceptualmente o estudo de caso.

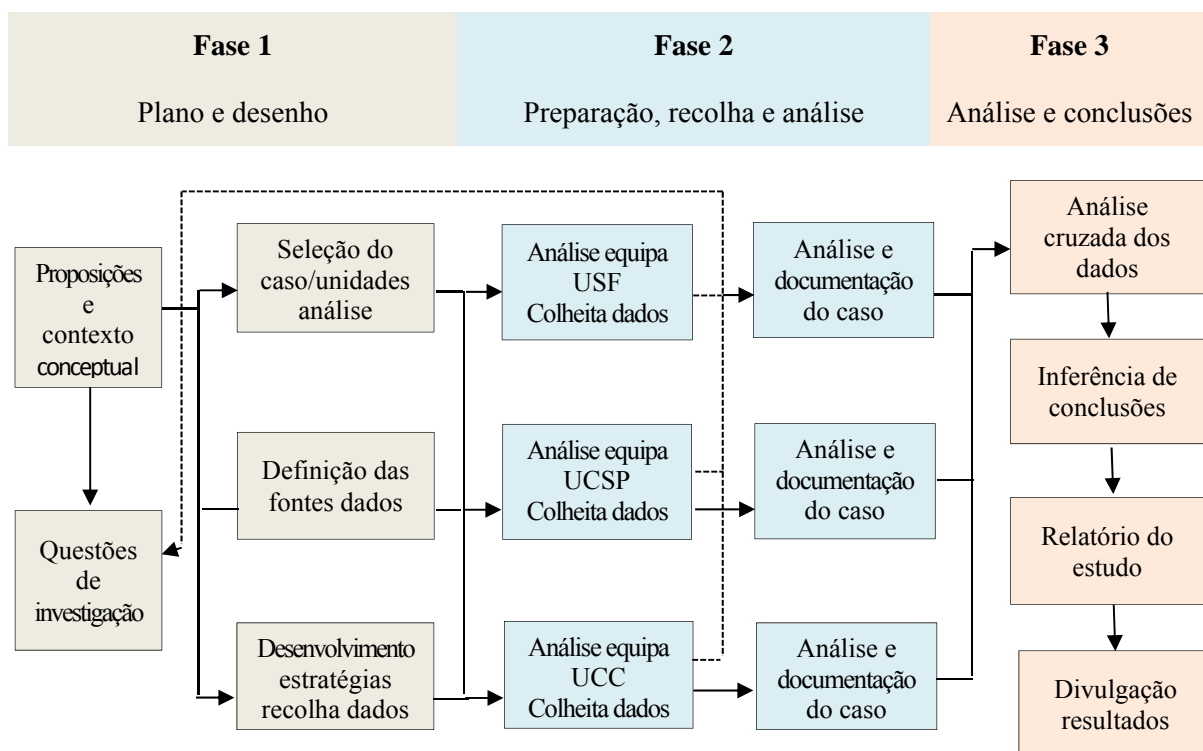
Figura 3 – Esquema conceptual do estudo de caso



Para orientar e conduzir o estudo de caso Yin (2010) recomenda o seu planeamento processual a partir das suas proposições e questões iniciais até às suas conclusões. Embora se considere que todo o processo de pesquisa é criativo e como tal pode requerer a conjugação ou sobreposição de duas ou mais fases em determinados momentos, definiram-se três fases para nortearam este estudo de caso, ilustradas na Figura 4:

- A primeira fase iniciou-se com a exploração de literatura relacionada com a problemática e o consequente desenvolvimento de proposições e quadro conceptual do qual emergiram as questões de pesquisa o que permitiu definir o desenho e planear o estudo: da seleção do caso à definição das unidades de análise, das fontes de informação e dos procedimentos e instrumentos de colheita de dados.
- A segunda fase envolveu a preparação, recolha e análise de dados. Formalizaram-se todos os procedimentos éticos e estabeleceram-se os contactos iniciais para entrada em campo. Seleccionaram-se os participantes e procedeu-se à colheita sistemática de dados utilizando fontes variadas, em diferentes momentos e em situações diversificadas tendo por base a delimitação do caso e o pressuposto de que não é possível explorar todos os ângulos do fenómeno num tempo razoavelmente limitado (Stake, 2000). Este passo processual foi sobreposto com a análise das equipas de saúde (unidades de análise) e interativo com as questões de investigação visando o refinamento contínuo da colheita de dados, o que contribuiu para a sua confiança nos resultados (Baxter & Jack, 2008). À medida que se evoluiu nestes procedimentos foi-se construindo um quadro analítico e descritivo para organizar o caso de acordo com as proposições do estudo, o quadro conceptual e perguntas de pesquisa (Stake, 2000; Yin 2010).
- Na terceira fase procedeu-se à análise triangulada dos dados da qual resultou um relatório final com a descrição do caso e a conclusão do estudo com a divulgação dos resultados. No estudo de caso múltiplo, apesar da recolha através de múltiplas fontes de dados e análise independente em cada unidade de análise do caso, o objetivo é a análise do caso como um todo através do cruzamento dos dados a partir de todas as fontes e unidades de análise, estratégia base para se extraírem as conclusões geradoras da descrição do caso (Baxter & Jack, 2008; Yin, 2010).

Figura 4 – Fases processuais do estudo de caso



O planeamento processual é uma estratégia para manter a integridade e rigor metodológico do estudo de caso (Baxter & Jack, 2008). Começou-se com um plano aberto que se foi delineando mais claramente à medida que a pesquisa avançou e apesar de esquematicamente se representar cada fase de um modo lógico não significa que ocorreu necessariamente de forma sequencial o que é demonstrativo da natureza interativa do processo de investigação.

2. 1. O CONTEXTO

Na pesquisa qualitativa a natureza situacional do estudo de caso está intimamente relacionada com o processo de construção ativa de significados, variáveis não só de acordo com o participante que gera a sua interpretação mas também do contexto em que o significado é produzido. Se o significado depende do contexto, então o contexto torna-se uma parte dos dados. Por outro lado, se o contexto é parte do significado, implica que o significado é específico ao contexto (Stake, 2012).

No respeito pelos princípios éticos da confidencialidade e responsabilidade inerentes ao processo de investigação, para salvaguardar e garantir os direitos institucionais e dos

participantes omitem-se na descrição do caso em estudo todas as referências formais e bibliográficas das fontes de informação (e.g. regulamentos internos, planos de ação) suscetíveis de conduzir à identificação do CS ou das suas unidades funcionais de saúde.

O CS que constituiu o caso integrou um ACeS até 29/11/2012 passando a partir desta data a ser parte integrante do ACeS Baixo Mondego, criado pela Portaria nº 394-A/2012, de 29 de Novembro, na sequência da reorganização dos ACeS integrados na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Integra os CS de Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão de Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho, Condeixa-a-Nova, Figueira da Foz, Mealhada, Mira, Montemor-o-o-Velho, Mortágua, Penacova e Soure. Cada CS é constituído por unidades individualizadas pela sua missão, localização e designação. O ACeS Baixo Mondego assume como missão “(...) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica (...) de uma forma multidisciplinar e articulada (...) a vigilância epidemiológica, a participação no ensino e formação de profissionais de saúde, e o desenvolvimento de projetos e programas em saúde e em serviços de saúde.” (Morais, Marcedo & Lourenço, 2014, p. 36).

O CS selecionado tem como área geográfica de influência um concelho que ocupa uma área de 265,1 Km², correspondendo a 6,7% do total do distrito de Coimbra. Dele fazem parte 12 freguesias, estando a mais próxima da sede do concelho a 6,5 km e a mais afastada a 20 km de distância, que abrangem 207 localidades, das quais apenas 28 têm mais de 200 habitantes. Com base nos Censos de 2011, este concelho foi um dos que apresentou menor densidade populacional (72,60 hab/Km²) no ACeS Baixo Mondego.

Em 2011, a população residente na área territorial do Centro de Saúde era maioritariamente do género feminino, representando 52,4% dos 19.245 habitantes, e envelhecida: 21,2% tinha mais de 75 anos, 11,7% encontravam-se na faixa etária dos 65 aos 74 anos e com menos de 15 anos de idade registaram-se 10,4%. Os jovens adultos entre os 15 e 24 anos de idade são o grupo mais representativo dos residentes (37,3%) e os adultos na faixa etária dos 25-64 anos o mais reduzido (5,7%). Neste concelho registou-se o segundo índice de envelhecimento mais elevado no ACeS Baixo Mondego (238,5%), também superior ao da Região Centro (168,5%) e ao de Portugal Continental (130,6%). Este cenário de envelhecimento da população espelha-se no aumento gradual e consistente da população dependente em relação aos residentes dos 15 aos 64 anos de idade, sendo disso reflexo o índice de dependência total no concelho (65,9%) para o

qual contribui com 46,4% o índice de dependência dos idosos e com 19,5% o índice de dependência dos jovens. Esta assimetria é também extensível ao número de viúvos, mais de quatro vezes superior no sexo feminino, visto que existem no concelho 415 homens viúvos e 1708 mulheres viúvas.

Conforme os dados dos Censos 2011, existem no concelho 7686 famílias clássicas, sendo que 35% são constituídas por 2 pessoas, 24% são famílias com 3 pessoas, proporção muito semelhante às famílias unitárias (22%), com menor representatividade surgem as famílias mais numerosas de 4 pessoas (15%) e de 5 ou mais pessoas (4%). Estes dados retratam bem a diminuição da taxa de natalidade, com decréscimo do número de filhos por agregado familiar, e traduzem o envelhecimento populacional e o aumento da taxa de mortalidade do concelho, sendo de 14,4‰ em 2010 o que é significativamente superior à nacional (10‰), com a proporção de famílias unitárias.

Desde o ano de 2009 que o número de utentes inscritos no CS tem vindo a diminuir, mas com aumento do número de utentes do grupo etário dos 65 aos 74 anos. Em 2013 este CS tinha um total de 19.315 utentes inscritos, distribuídos pelas suas unidades assistenciais: uma USF com 9.631 utentes inscritos, uma UCSP com sete Unidades Descentralizadas, com um total de 9.684 utentes inscritos, e uma UCC. Devido à sua localização articulam-se com dois hospitais de referência em situações de doença aguda, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e um Hospital Distrital da sua área geográfica de proximidade (Morais, Marcedo & Lourenço, 2014).

A USF surgiu de um movimento organizativo voluntário do seu conjunto de profissionais de saúde, que se organizou em função das suas afinidades e competências profissionais, entrando em funcionamento em 2006. Dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, é coordenada por um médico de Medicina Geral e Familiar e tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade. O compromisso assistencial básico da USF está alicerçado na contratualização e a sua carteira de serviços tem por base as características geodemografias e a dimensão da lista de utentes. O seu funcionamento integra-se numa lógica de rede no CS, assenta numa equipa multiprofissional constituída por seis médicos, seis enfermeiros e quatro assistentes técnicos, e está organizada em função das previsões das necessidades dos utentes comprometendo-se a equipa a prestar os cuidados de saúde de forma personalizada (médico/enfermeiro) à população inscrita nas listas de utentes dos médicos. Cada enfermeiro está identificado

como enfermeiro de família assumindo uma lista de utentes, em consonância com o ficheiro do médico de família com quem constitui equipa.

Toda a atividade clínica da USF decorre num edifício do CS, na sede do concelho, dispondo como recursos físicos de dois módulos de atendimento com seis gabinetes para consulta médica, três gabinetes para consulta de enfermagem (que são partilhados na vigilância de grupos de risco) e duas salas de tratamentos. O período de funcionamento é das 08:00h às 20:00 horas, todos os dias úteis, proporcionando cuidados de saúde propostos pelo médico e/ou enfermeiro (a grupos de risco) ou solicitados por iniciativa do utente, de forma presencial junto do balcão de atendimento, ou através de telefone, ou ainda de e-agenda na internet, durante o horário de funcionamento da USF.

Nas consultas programadas da USF estão incluídas as consultas a grupos de risco e as consultas preventivas, em conformidade com as orientações da Direção Geral de Saúde (DGS), designadamente de Vacinação, de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, a mulheres dos 15 aos 54 anos e /ou sexualmente ativas e homens sem limite de idade, de Saúde Materna, de Saúde Infantil e Juvenil, de Saúde do Adulto e Idoso, com diferenciação de consulta em Diabetologia e em Hipertensão Arterial. No âmbito destas consultas são desenvolvidos rastreios de cancro do colo do útero (às mulheres dos 25 aos 64 anos e vida sexualmente ativa), de cancro da mama e de cancro colo-rectal, de risco de doença cardiovascular e de diabetes.

Pode ocorrer um atendimento não programado, por iniciativa do utente, no próprio dia, para o respetivo médico/enfermeiro de família se este tiver vaga na sua agenda. Caso não seja possível, pode ocorrer uma consulta de intersubstituição (também utilizada para minimizar as consequências das ausências dos profissionais da USF) que é realizada por outro médico ou enfermeiro para garantir a resposta assistencial. É também disponibilizada aos utentes inscritos na USF a Consulta Aberta, com marcação presencial ou telefónica no próprio dia, para responder a todas as situações agudas. Em todas as consultas anteriormente descritas, o primeiro contacto do utente com a USF passa, sempre e obrigatoriamente, pelos serviços administrativos. Existe ainda a possibilidade de consulta no domicílio aos utentes inscritos na USF e residentes no concelho do CS, sempre que esteja temporária ou definitivamente incapaz de se deslocar à USF seja por doença degenerativa ou incapacitante. As consultas domiciliárias são programadas, estando explícito no regulamento interno da USF que

nos casos de doença aguda deverá ser contactado o enfermeiro de família, que marcará a consulta se a situação clínica o justificar ou encaminhará o utente/família para outro serviço.

São também proporcionados cuidados domiciliários através de visitas domiciliárias programadas pelo médico ou enfermeiro, seja para vigilância e promoção da saúde, ou para orientação, tratamento e administração terapêutica, ou ainda após serem solicitados pelo utente/família ou outro prestador de cuidados e desde que se justifiquem. Pela sua especificidade e ganhos em saúde, a visita domiciliária abrange também a vigilância das puérperas e recém-nascidos inscritos na USF.

Em relação ao atendimento de enfermagem, sempre que possível os utentes são atendidos pelo enfermeiro de família, existindo a consulta programada e períodos de consulta aberta para responder às solicitações inadiáveis do utente no próprio dia, como sucede com a consulta para vacinação e consulta de enfermagem em situações agudas. No atendimento programado inserem-se a consulta de tratamento do pé diabético, a prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório e a visita domiciliária, que carecem de agendamento prévio com enfermeiro de família.

O trabalho em equipa é descrito como processo chave da gestão organizacional da USF, preconizando que os elementos da equipa multidisciplinar trabalham em conjunto, com os diferentes grupos profissionais a cooperar e a complementar as suas funções, desenvolvendo autonomia e autorresponsabilização, criando regras e procedimentos compreensíveis por toda a equipa, que levem à satisfação dos utentes e dos profissionais, e ao cumprimento dos objetivos definidos no Plano de Ação e alcance dos indicadores contratualizados anualmente. Dos indicadores de desempenho desta USF em 2014, salientam-se a taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos de 89,8 e a taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos de 129,7.

A UCSP tem uma estrutura e missão similar à USF, prestando cuidados personalizados individualizados de saúde, garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade aos utentes inscritos na unidade. Foi constituída através da assinatura de uma carta de compromisso com o diretor executivo do ACeS, de acordo com o plano de ação respetivo, iniciando o seu funcionamento em 2009. É constituída por uma equipa multiprofissional de seis médicos, sete enfermeiros e oito assistentes técnicos,

repartidos pelas sete unidades assistenciais descentralizadas pelas freguesias do concelho do CS. As unidades assistenciais da USP funcionam de 2^a a 6^a feira, há exceção de uma que funciona apenas um dia (09:00h às 12:30h) por semana, e o horário diverge de acordo com a dimensão populacional da sua área de abrangência variando entre as 08:30h/09:00h e as 17:00h/17:30h/18:00h/19:30h. Não atende situações de urgência/emergência mas presta cuidados em situação de doença aguda, através de consulta não programada em Atendimento Complementar que decorre no edifício do CS localizado na sede do concelho, entre as 14:00h e as 20:00h durante a semana e das 10:00h às 18:00h aos fins de semana e feriados. O atendimento programado é em tudo idêntico ao da USF, desde a proposta pelo médico e/ou enfermeiro da consulta ou outros cuidados de saúde, ao modo de marcação e atendimento inicial do utente pelo assistente técnico.

Os cuidados assegurados pela UCSP têm como requisitos mínimos a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases do ciclo vital, de acordo com as orientações dos programas nacionais de saúde prioritários, nomeadamente através da vacinação, de consultas programadas de planeamento familiar a mulheres em idade fértil (15-49 anos), de vigilância na gravidez e revisão de puerpério, de vigilância de saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, de saúde do adulto e do idoso, sobretudo a consulta de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, das doenças oncológicas e da diabetes, disponibilizando também uma consulta autónoma de cuidados podológicos e vigilância do pé diabético, desenvolvida pelo enfermeiro.

No atendimento programado inserem-se, também, as consultas no domicílio e a prestação de cuidados de enfermagem em ambulatório, com especial ênfase na continuidade de cuidados aos utentes com situações de doença crónica e patologia múltipla. É a equipa de enfermagem que realiza diariamente as visitas domiciliárias, sendo que a equipa médica só realiza consulta no domicílio quando solicitada pelo utente/família, e desde que a considere necessária ou em conformidade com os critérios estipulados para o seguimento adequado do utente. Para além destas circunstâncias, e sempre que as situações o imponham, a visita domiciliar é realizada conjuntamente pelo médico e enfermeiro. Em 2014, salientam-se os indicadores de desempenho desta UCSP: taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos de 90,1 e taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos de 111,4. A UCSP funciona também em interligação e colaboração em rede com as outras unidades

funcionais do CS do ACeS, e com outros serviços, setores e níveis de diferenciação, de modo a proporcionar ao utente os cuidados mais adequados.

A UCC está formalmente constituída e em funcionamento desde 2011, após processo de candidatura submetido a Parecer Técnico da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento e respetiva homologação pelo Conselho Diretivo da ARSC. Tem como área geodemográfica de atuação o concelho do CS e desenvolve o seu plano de ação em articulação com as restantes unidades funcionais e em colaboração com as diferentes entidades da comunidade, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional.

É coordenada por um enfermeiro, contando com uma equipa multiprofissional constituída por três enfermeiros e um assistente técnico a tempo inteiro e outros profissionais de saúde a tempo parcial (médico, enfermeiros, técnico serviço social e assistente técnico). A UCC possui instalações próprias em edifício do CS, na sede do concelho, e o seu horário de funcionamento é das 09:00h às 17:00h, nos dias úteis, para desenvolvimento dos programas de intervenção comunitária.

A UCC integra, também, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que presta cuidados domiciliários médicos, de enfermagem e ações paliativas, a utentes referenciados para continuidade de cuidados no seu domicílio, por se encontrarem acamadas e com necessidade elevada de cuidados frequentes, dependentes maioritariamente de terceiros, e com marcada impossibilidade de se deslocar autonomamente para além do seu domicílio. A ECCI funciona entre as 08:00h e as 20:00h dos dias úteis e aos fins de semana e feriados entre as 09:00h e às 17:00h, podendo ser contactada telefonicamente ou através de correio eletrónico sempre que necessário. A UCC desenvolve diversos programas de intervenção comunitária:

- Intervenção precoce na infância, em colaboração com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, tendo como destinatários, crianças até aos 6 anos de idade, que apresentem deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, residentes no concelho do CS ou que façam parte de instituições de apoio à criança;
- Apoio a crianças e jovens dos 0-18 anos de idade, ou até aos 21 anos se o jovem assim o desejar, que estejam expostas a qualquer situação de risco, promovendo o seu bem-estar físico e psicológico em colaboração com as várias unidades funcionais do CS e cooperação entre serviços e instituições da comunidade da sua área de abrangência,

apoando as intervenções dos profissionais e as instituições, constituindo uma interface na articulação em rede;

- Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde Oral, com projetos e atividades de vigilância e proteção da saúde, aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, nomeadamente na prevenção e reabilitação na área da educação postural, na promoção, sinalização e encaminhamento de jovens com problemas ao nível da saúde sexual e reprodutiva, da promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade, da diabetes e hipertensão arterial precoces, e da prevenção da violência nas relações de intimidade;
- Atendimento personalizado (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e administrativo) a jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos no próprio dia ou por marcação prévia através do telefone ou correio eletrónico nas áreas da saúde sexual e reprodutiva;
- Preparação parental para a maternidade e paternidade, e preparação psicoprofiláctica para o parto;
- Programa de reabilitação a utentes portadores de limitação funcional motivada por acidente vascular cerebral, doença osteoarticular, neuromuscular, mastectomia ou outra doença crónica ou aguda;
- Desenvolvimento de competências dos cuidadores formais e informais para cuidar do doente de Alzheimer.

Toda a atividade desenvolvida nas três unidades funcionais de saúde é registada no sistema de informação em uso no CS, com suporte das aplicações informáticas fornecidas pelo Ministério da Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde, salientando-se entre outras o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e o Sistema de Informação de Unidades de Saúde (SINUS), facilitadores da implementação dos modelos de contratualização interna e de governação clínica, com orientação para os resultados, um dos valores assumidos pelo ACeS Baixo Mondego. Salientam-se, ainda, de entre os valores porque se rege o ACeS, e consequentemente as suas unidades funcionais de saúde, a inovação que “(...) incentiva a exploração de novas ideias, desenvolvimento de novas formas de atuação e de organização e o desenvolvimento de competências profissionais.”, e a dinamização

do trabalho em equipa “(...) a complementaridade e a intersubstituição como sustentáculo organizativo.” (Morais, Marcedo & Lourenço, 2014, p. 37).

2.2. PARTICIPANTES NO ESTUDO

A seleção dos participantes adquiriu um sentido muito particular, decorrente das opções metodológicas que conduziram o estudo. Deste modo, a escolha dos participantes foi metodologicamente delimitada pelo caso tendo a investigadora escolhido os indivíduos mais adequados ao objeto de estudo. Pretendeu-se obter a máxima informação possível com a maior variação provável, não se privilegiando uma amostragem aleatória e numerosa mas sim criteriosa ou intencional, pelo que a seleção dos participantes obedeceu a critérios que permitiram à investigadora aprender o máximo sobre o fenómeno em estudo (Carpenter, 2002).

Ao circunscrever o contexto para estudar o caso a um CS e assumindo três unidades funcionais de saúde como unidade de análise, consideraram-se previamente como participantes os profissionais destas equipas de saúde e elegeram-se também os utentes considerando-se que são interlocutores privilegiados para obter informação relevante sobre o papel profissional do enfermeiro. O envolvimento do público em estudos que os afetem, mesmo que indiretamente, é cada vez mais percebido como eticamente adequado e há um emergente consenso de que a sua participação tem um impacto positivo sobre a qualidade da pesquisa (Resnik, 2011). Assim, os participantes foram enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e utentes da USF, da UCSP e da UCC, procurando um olhar transversal sobre o papel profissional dos enfermeiros.

A seleção deste conjunto de participantes exigiu diferentes processos de amostragem e fez-se por etapas. No caso dos profissionais, pesquisou-se inicialmente o seu número efetivo nas fontes oficiais das três unidades funcionais, confirmando-se posteriormente através de contacto personalizado com os respetivos coordenadores. A totalidade dos participantes, dezasseis enfermeiros, doze médicos e treze assistentes técnicos, considerou-se acessível ponderando os recursos necessários e os limites temporais do estudo. Assim, incluíram-se todos os que voluntariamente se mostraram disponíveis para participar e consentiram em ser entrevistados pela investigadora, constituindo-se a amostra por exaustão (Patton, 2002; Denzin & Lincoln, 2005; Lincoln & Guba, 2006).

No decorrer do estudo excluíram-se da amostra os profissionais que entretanto se aposentaram, que se encontravam com ausências prolongadas por atestado, que foram transferidos para outros serviços e os que não se mostraram disponíveis para participar no estudo.

Em consequência da opção metodológica de utilização de Foto-Elicitação como instrumento de recolha de informação complementar às entrevistas individuais aos enfermeiros, incluíram-se também como participantes seis enfermeiros das USF, UCSP e UCC de outro CS do ACES do caso para realização de *Focus Group Interviewing*, estratégia para recolha de informação na qual se baseou a construção da fotolinguagem. Na seleção destes enfermeiros evidenciou-se necessário assegurar a participação dos responsáveis ou coordenadores de enfermagem dessas unidades de saúde à data da pesquisa empírica, percebidos como informadores chave para explorar o papel do enfermeiro. A cada um dos três enfermeiros coordenadores, solicitou-se a indicação de um enfermeiro da sua unidade funcional cujo contributo considerasse essencial para a discussão no grupo sobre o papel do enfermeiro na respetiva equipa de saúde. Por conseguinte, a escolha destes participantes obedeceu a critérios compreensivos indicados por Denzin and Lincoln (2006), combinando os mínimos de heterogeneidade e de homogeneidade recomendados por Freeman (2006) e por Krueger (2007) para assegurar a diferença necessária no processo comunicacional do *Focus Group Interviewing* e manter alguma simetria na relação entre os participantes.

A escolha dos utentes também não foi aleatória porque, como adverte Stake (2012), as pessoas que estão no local quando o investigador se desloca ao campo não serão, provavelmente, as melhores fontes de informação. Esta seleção teve de ser baseada na intuição do investigador e no recurso a estratégias que tornaram mais eficaz a escolha para compreender e retratar o caso. Assim, antes da abordagem intuitiva de eventuais participantes, procuraram-se informações e atributos de interesse do utente, designadamente a idade, o género, o tempo como utilizador dos cuidados naquela unidade funcional de saúde, a frequência de procura de cuidados e a natureza dos cuidados proporcionados pelos enfermeiros.

A seleção fez-se gradualmente, procurando variedade de participantes mas não necessariamente representatividade. Considerou-se a particularidade como oportunidade de recolher informações e nesse pressuposto os utentes foram entrevistados em função destes critérios, da sua vontade em participar, da sua capacidade em consentir por

escrito, de ser utente de uma das unidades funcionais e com efetiva utilização dos cuidados de saúde no último ano. Este último critério assumiu-se como essencial uma vez que se pretendia obter informação contextualizada e não permeada pelos mitos históricos que constituem o universo de símbolos e o imaginário que se tem da profissão. A construção de uma representação realística sobre o papel profissional do enfermeiro concretiza-se na relação interpessoal que estabelece com o utente, a sua família ou comunidade envolvente e surge associada às suas competências e capacidades, ao seu saber ser, ao saber estar e ao saber fazer. Implica uma certa constância de vivências, esquemas de significado e experiências práticas (Lopes, 2001; Pires, 2007). Deste modo, a investigadora selecionou os utentes em função de critérios estratégicos, como a acessibilidade e o eventual conhecimento contextualiza do fenómeno em estudo, constituindo-se uma amostra por opinião (Patton, 2002; Denzin & Lincoln, 2005; Lincoln & Guba, 2006).

A escolha destes participantes acabou por decorrer durante o trabalho de campo, de acordo com a sua adesão voluntária à participação no estudo e à concessão do seu consentimento por escrito. O processo foi sequencial, selecionando-se os utentes à medida que se aprofundou e acumulou a informação. O critério metodológico para encerrar a amostra consistiu na constatação de redundância de informações. Para obviar alguma subjetividade inerente, uma vez que a constatação de saturação envolveu a perceção da investigadora, cruzaram-se na decisão os objetivos específicos do estudo e o referencial teórico de suporte, além da heterogeneidade dos participantes uma vez que o género, o grupo etário e a experiência vivida poderiam ter influência no momento de saturação (Patton, 2002; Lincoln & Guba, 2006). No início, os acréscimos de informação foram evidentes. Posteriormente foram rareando e começou a constatar-se alguma repetição a partir da sétima entrevista. Após entrevistar mais seis utentes confirmou-se a redundância das informações e encerrou-se a mostra que foi assim constituída por treze utentes.

As principais características dos enfermeiros estão sintetizadas na Tabela 1. Têm idades entre os 28 e os 53 anos, sendo que a maioria se situa acima da faixa etária dos 40 anos. Relativamente à sua experiência em CSP varia entre os 2 e os 30 anos. Quanto ao tempo de serviço na respetiva unidade funcional é o mesmo para os enfermeiros da USF (7 anos) e da UCC (4 anos), uma vez que as integraram desde a sua constituição, variando entre 1 e 20 anos na UCSP.

Tabela 1 – Caraterização da amostra de enfermeiros

Enfermeiros					
Idade		Tempo serviço em CSP		Tempo serviço na Unidade	
	nº		nº		nº
≥ 20	1	<10	4	<10	12
30 - 49	9	10 - 19	5	10 - 19	1
50 - 59	4	20 - 29	4	20 - 29	1
≥ 60	-	≥30	1	≥30	-

Na Tabela 2 reuniram-se as principais caraterísticas dos médicos e dos assistentes técnicos, consideradas de interesse para a caraterização destes participantes. Relativamente aos médicos, têm idades compreendidas entre os 29 e os 62 anos, a sua experiência em CSP é diversificada variando entre os 5 e os 31 anos, e o tempo de serviço na respetiva unidade funcional também, variando entre os 2 meses (integrou o mesmo tipo de unidade funcional noutra CS) e os 31 anos na UCSP, e os 2 e 10 anos na USF. Quanto aos assistentes técnicos, as suas idades variam entre os 39 e os 63 anos, o tempo de serviço em CSP é variável, indo dos 6 aos 41 anos, o mesmo sucedendo quando ao tempo de serviço na UCSP que varia entre os 2 e os 41 anos, e com um intervalo de tempo menor na USF (3 anos) variando entre os 7 e os 10 anos.

Tabela 2 – Caraterização da amostra de médicos e assistentes técnicos

Médicos					
Idade		Tempo serviço em CSP		Tempo serviço na Unidade	
	nº		nº		nº
≥ 20	1	<10	3	<10	4
30 - 49	3	10 - 19	1	10 - 19	4
50 - 59	3	20 - 29	2	20 - 29	-
≥ 60	1	≥30	2	≥30	1
Administrativos					
Idade		Tempo serviço em CSP		Tempo serviço na Unidade	
	nº		nº		nº
≥ 20	-	<10	2	<10	4
30 - 49	6	10 - 19	3	10 - 19	2
50 - 59	-	20 - 29	2	20 - 29	1
≥ 60	2	≥30	1	≥30	1

Relativamente à amostra dos utentes participantes, a sua caraterização global pode consultar-se na Tabela 3. Acabaram por predominar as mulheres (9), o que decorreu naturalmente do facto de serem também as utilizadoras mais frequentes do CS. A amostra acabou por incluir utentes com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos,

com diversos níveis de escolaridade embora predominem os do Ensino Básico, com profissões diversificadas, sendo que quatro utentes se encontravam em situação de desemprego (auxiliar em lar de idosos, empregada fabril, assistente de venda, assistente social). São maioritariamente (8) utentes do CS há mais de 10 anos, o que significa que optaram por integrar a USF ou permanecer na UCSP aquando da sua reorganização funcional, e são múltiplos os motivos para procurarem o CS podendo acumular necessidades pessoais com o acompanhar filhos ou pais (sobretudo a consultas).

Tabela 3 – Caraterização da amostra de utentes

Idade			Escolaridade			Tempo como utentes		
M		H	M		H	M		H
<20	1	-	1º Ciclo E. B.	2	3	<10	2	3
20 - 39	4	1	2º Ciclo E. B.	2	-	10 - 19	1	1
40 - 59	2	1	3º Ciclo E. B.	3	1	20 - 29	4	-
≥ 60	2	2	Licenciatura	2	-	≥30	2	-
Situação profissional		nº		Motivo procura CS		nº		
Desempregado		4		Penso		3		
Agricultor		1		diabetes		4		
Auxiliar Educativo		1		Consulta Consulta HTA		3		
Doméstica		1		Acompanhar familiar		5		
Empregado fabril		1		Consulta S. Infantil		3		
Estudante		1		Consulta P. F.		1		
Funcionário Camarário		1		Vacinação		4		
Pedreiro		1		Situação aguda		2		
Professor		1		Consulta vigilância		5		
Serviço Limpeza profissional		1						

No total incluíram-se no estudo quarenta e três participantes das diferentes amostras: catorze enfermeiros, oito médicos, oito administrativos, e treze utentes.

2. 3. TECNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A concretização dos objetivos do trabalho de campo depende das estratégias seleccionadas para recolher a informação. A metodologia do estudo de caso pressupõe a utilização de múltiplas estratégias de colheita de informação, de diversas fontes de evidência que convergem relativamente ao fenómeno em estudo e da sua triangulação para corroborar ou não uma evidência, constituindo este cruzamento um critério que aumenta a credibilidade e a confiabilidade dos resultados (Jenks, 2002; Yin, 2010; Stake, 2005).

A consulta documental constituiu uma das primeiras opções de recolha de informação no trabalho de campo, o que possibilitou contextualizar o caso em estudo e posteriormente permitiu corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes (Jenks, 2002). Num primeiro momento recolheram-se informações sobre a equipa de saúde em cada tipologia de unidade funcional, recorrendo em simultâneo a fontes legislativas com orientações para o funcionamento destas equipas e aos *sites* e páginas *web* oficiais disponíveis. Num segundo momento solicitou-se aos coordenadores da USF, da UCSP e da UCC que indicassem documentos oficiais externos para consulta e permitissem o acesso a documentos internos, nomeadamente os respetivos regulamentos das unidades funcionais. Procurou-se, desde logo, recolher informações explícitas sobre as competências de cada equipa e o papel profissional do enfermeiro no seu seio.

A seleção de outras estratégias de recolha de informação surgiu no enquadramento das questões de investigação. Considerou-se o papel do enfermeiro um fenómeno suscetível de ser perspectivado e objeto de eventuais expectativas, neste sentido, o discurso dos participantes emergiu como a matéria-prima por excelência uma vez que, enquanto reconstrução das experiências por parte dos diferentes participantes, confere objetividade ao que inicialmente pode parecer subjetivo (Flick 2005; Fontana & Frey, 2005; Gergen & Gergen, 2003). Assim, a entrevista sobressaiu como a técnica de recolha por excelência para a exploração sobre as representações do papel do enfermeiro, das suas práticas, os sentidos subjetivos e socialmente veiculados. Na opinião de Lessard-Hérbert *et al.* (2005) a entrevista é fulcral na pesquisa qualitativa pela diversidade e globalidade de informações que permite obter, pela centralidade nos discursos dos sujeitos e subjetividade dos seus quadros de referência. A primeira abordagem para recolha de informação consistiu num *Focus Group Interviewing* com enfermeiros coordenadores da USF, da UCSP e da UCC de outro CS do ACeS para enquadrar o exercício profissional do enfermeiro e explorar representações sobre o seu papel nas diferentes equipas de saúde através da interação discursiva destes informadores-chave (Krueger, 2007). A recolha de informação através de entrevistas individuais aos enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e utentes realizou-se posteriormente no decorrer do trabalho de campo para identificar as perspetivas dominantes e as expectativas acerca do papel do enfermeiro nestas equipas de saúde.

Na abordagem qualitativa, a utilização de técnicas adicionais à entrevista para complementar a informação obtida com dados complementares pode ser valiosa na

melhor compreensão do fenómeno em estudo, podendo não só apoiar na recolha de informação como possibilitar a validação e contraste da informação obtida ou reconstituir o fenómeno para os participantes (Fontana & Frey, 2005; Gergen & Gergen, 2003). É o caso das imagens fotográficas, que podem proporcionar uma diversidade de significações e revelar perspetivas ocultas nos discursos (Close, 2007; Hansen-Ketchum & Myrick, 2008). Neste pressuposto, elegeu-se a Foto-Elicitação como técnica a utilizar no decurso das entrevistas individuais aos enfermeiros. Decorrente da exploração do papel do enfermeiro através do *Focus Group Interviewing* a investigadora construiu imagens da prática profissional que se utilizaram durante a entrevista para evocar comentários, memórias e respostas do enfermeiro entrevistado face ao seu papel na equipa de saúde.

Numa investigação qualitativa o processo de recolha de informação é moroso e Stake (2012, p. 67) adverte que “O tempo é sempre escasso.” e que “Faremos muito mais coisas do que aquelas a que atribuiremos tempo, tais como socializar com os actores do caso (...)” pelo que recomenda ao investigador que vá construindo um sistema informal de armazenamento de informação. A organização dos dados é crucial uma vez que permite não só documentar o caso, na sua especificidade e na sua estrutura, mas também reconstruir a realidade para que possa ser analisada (Flick, 2005). Todas as entrevistas foram audiogravadas e no decurso de algumas produziram-se anotações escritas complementares. No final de cada entrevista realizou-se o seu processo de “identificação” através do registo da data, hora, local e participante a que se reportavam os dados. No caso das entrevistas, Flick (2005) sugere que o tempo que medeia o processo de transcrição da oralidade e o seu curso temporal seja o menor possível para preservar a fidelidade na versão dos acontecimentos. Assim, nas vinte e quatro horas seguintes a cada entrevista procedeu-se à sua transcrição para texto em formato eletrónico constituindo-se um banco de dados organizado tendo como suporte um programa de computador adequado à análise de dados de carácter qualitativo.

2. 3. 1. *Focus Group Interviewing*

O *Focus Group Interviewing*, cuja tradução mais rigorosa será entrevista focalizada de grupo, tem como características gerais a discussão focada numa questão determinada pelo propósito do estudo, a homogeneidade e o envolvimento dos participantes quanto

aos aspetos de interesse da pesquisa, visando a riqueza e flexibilidade na recolha de dados, pela espontaneidade e interação entre os participantes (Krueger, 2007; Barbour, 2009).

O uso do *Focus Group Interviewing* como técnica de investigação científica tem ampliado cada vez mais os seus propósitos, dependendo da criatividade metodológica do investigador. Este tipo de entrevista pode ser usada em estudos preliminares, como técnica exploratória, para o levantamento de informações que contribuem para orientar e dar referencial à investigação, ou para operacionalizar os principais conceitos com base na perceção dos participantes, ou para desenvolvimento de outros instrumentos de recolha de dados. Pode também ter outras aplicações práticas, como técnica complementar, para fornecer interpretações adicionais aos achados em contextos particulares ou aos resultados obtidos em estudos iniciais (Galego & Gomes, 2005; Freeman, 2006; Barbour, 2009).

No caso da utilização desta técnica para gerar conhecimento necessário à construção de instrumentos de recolha de informação, a utilização do grupo de participantes serve apenas para uma análise prévia do que é relevante sobre a temática e identificar os domínios e conjunto de dimensões que devem ser estudados (Gondim, 2003). Ao partir da perspetiva dos participantes, as informações obtidas transportam um sentido de construção e negociação dos significados entre os participantes, nesse sentido o *Focus Group Interviewing* surge como uma mais-valia no início de estudos baseados em entrevistas individuais, especialmente pelo contributo na orientação da construção das questões da entrevista (Galego & Gomes, 2005).

O que distingue este tipo de entrevista é que se considera que a dinâmica do grupo é importante no próprio processo de produção da informação, já que permite que os participantes construam e reconstruam os seus posicionamentos em termos de representação. Assim, a convicção de que ao criar-se um espaço de debate e de interação no grupo de participantes faria emergir maior multiplicidade de opiniões e proporcionaria acesso imediato às suas representações, esteve na base da opção por este tipo de entrevista. Neste estudo, o interesse por esta técnica residuiu na obtenção de um esboço das representações do papel do enfermeiro detida pelos participantes relativamente à sua experiência vivida de enfermeiros nas equipas de saúde das diferentes unidades funcionais do C.S, pelo que se equacionou como uma fonte de dados preliminares, de exploração da cultura dos enfermeiros participantes e da

construção identitária da profissão nestes contextos de trabalho, acessíveis através da observação da interação, dos valores e linguagem veiculados na discussão. Pretendeu-se não só enquadrar o exercício profissional do enfermeiro no CS mas também nas diferentes equipas de saúde, com o duplo objetivo de se construírem imagens da prática profissional para posterior utilização complementar nas entrevistas individuais aos enfermeiros e orientar a construção do respetivo guião de entrevista.

São diversos os fatores suscetíveis de influenciar o processo de discussão e os resultados obtidos através deste tipo de entrevista. O desenho do *Focus Group Interviewing* tem de ser consistente com os pressupostos epistemológicos da questão de pesquisa e com os objetivos delineados mas também com a configuração contextual específica da investigação, uma vez que conjuntamente determinam desde a composição dos grupos, nomeadamente a sua homogeneidade ou heterogeneidade e o número de participantes, até aos recursos tecnológicos a utilizar, os locais de realização da reunião, o estilo de condução que o moderador venha a assumir e os processos de análise dos resultados (Fern, 2001; Gondim, 2003; Aschidamini & Saupe, 2004; Grudens-Schuck, Lundy & Larson, 2004; Galego & Gomes, 2005; Kitzinger, 2005; Freeman, 2006; Krueger, 2007; Barbour, 2009; Kramer, 2009).

Iniciou-se com a definição da amostra, considerada por Galego and Gomes (2005) como um aspeto relevante uma vez que sendo intencional exige critérios adequados para a sua constituição. A definição do perfil e tamanho do grupo de participantes foi ponderada de modo a que se incluíssem os enfermeiros capazes de fornecer as informações mais significativas, que fosse pequeno o suficiente para que todos tivessem oportunidade de participar e suficientemente grande para se obter diversidade de perceções e representações, como recomendam Freeman (2006), Krueger (2007) e Kramer (2009).

A literatura indica que o grupo seja composto entre seis e doze participantes, devendo assegurar-se o equilíbrio entre homogeneidade e diversidade do grupo, considerada importante para manter o diálogo. Krueger (2007) recomenda prudência ao usar grupos homogéneos e de pessoas que se conhecem e trabalham em estreita colaboração com os outros, atendendo a que terão suas próprias dinâmicas o que poderá colocar problemas específicos para análise e validade externa dos resultados. Em contraste, Kitzinger (2005) defende o uso de grupos preexistentes quando se pretende explorar como falam as pessoas sobre um tema e Gondim (2003) considera que nos grupos homogéneos há mais à vontade para expressar e partilhar opiniões. Não havia interesse em

desenvolver análises com poder explicativo sobre o papel do enfermeiro mas sim a exploração do modo como é relatado, das expressões utilizadas para descrever o cotidiano profissional do enfermeiro e as práticas desenvolvidas em cada uma das unidades de saúde.

Na seleção dos participantes consideraram-se as experiências em comum, sustentadas pelo próprio contexto das suas vivências, relacionadas com o papel do enfermeiro nas diferentes equipas de saúde. Como referido anteriormente, elegeram-se inicialmente os três enfermeiros com funções de coordenação de enfermagem nas respetivas equipas como informadores chave, pela visão abrangente da prática profissional do enfermeiro na equipa de saúde, inerente ao seu cargo. Efetuou-se uma visita ao CS e contactou-se de forma personalizada cada um destes enfermeiros a quem se convidou a participar no *Focus Group Interviewing*, após uma breve apresentação do estudo e esclarecimento quanto aos objetivos e metodologia a ser desenvolvida. Esta aproximação foi fundamental para a adesão destes enfermeiros e para a sua colaboração em propor outro enfermeiro da sua unidade funcional que considerasse relevante para discutir o papel do enfermeiro a partir da sua experiência e vivência na equipa de saúde. Foi igualmente determinante na acessibilidade imediata aos enfermeiros que sugeriram, através da apresentação pessoal da investigadora, facilitando ainda a sua anuência para participarem também no *Focus Group Interviewing* depois de proporcionadas as devidas informações. Nesse mesmo dia foi possível agendar a realização da entrevista em dia, hora e local da conveniência dos seis enfermeiros, de acordo com as suas sensibilidades, circunstâncias de trabalho e de vida pessoal.

A literatura sugere que o *Focus Group Interviewing* deve ser realizado num local fora do ambiente de trabalho dos participantes, como forma de garantir a sua privacidade, mas de fácil acesso e da sua conveniência (Gondim, 2003; Aschidamini & Saupe, 2004; Kitzinger, 2005). Realizou-se numa sala de reuniões do CS, proposta pelos enfermeiros participantes, que apesar de não ser um local neutro garantiu algum grau de privacidade, conforto e isolamento acústico devido à sua localização no espaço físico do CS.

Na organização e planeamento da entrevista assumiu-se como essencial a antevisão e preparação de um conjunto de questões abrangentes que favorecessem a discussão e conduzissem a moderação e a sequência das dimensões predeterminadas pela literatura e pelos objetivos da entrevista. Krueger (2007) defende que as perguntas são a essência do *Focus Group Interviewing*, devendo parecer espontâneas para os participantes apesar

de terem sido cuidadosamente selecionadas e elaboradas em função da informação esperada. É fundamental incluir na entrevista um conjunto de questões de tipologia variada, cada uma com um propósito próprio: uma ou duas questões abertas iniciais que permitam uma resposta rápida (10 a 20 segundos) e funcionem como estimuladoras da participação na entrevista e preparem para as questões introdutórias do tópico geral da discussão, que fornecem aos participantes oportunidade para refletir sobre as suas experiências; poderá ser necessário introduzir questões de transição que mobilizem a conversação para as questões-chave que norteiam o estudo e requerem maior focalização e discussão; para fechar a discussão, pelo menos uma questão final que permita aos participantes considerar todos os comentários partilhados na discussão e identificar os aspetos mais importantes ou não referidos (Gondim, 2003; Aschidamini & Saupe, 2004; Galego & Gomes, 2005; Krueger, 2007). A partir deste conjunto de considerações construiu-se um Guião de entrevista (Anexo I) tendo como tópicos para discussão:

- Percurso, atores e dinâmicas associadas ao processo de criação das Unidades Funcionais do CS e constituição das respetivas equipas;
- Representações sobre o papel do enfermeiro e sobre a dinâmica de trabalho na equipa das diferentes Unidades Funcionais;
- Representações sobre mudança organizacional e desenvolvimento da identidade e cultura profissional nas diferentes equipas multiprofissionais.

A gestão da entrevista exigiu a tomada de outras decisões, nomeadamente a inclusão de uma observadora/anotadora, para coadjuvar a moderadora (a investigadora), e a organização do espaço físico onde decorreu a entrevista. O moderador tem o papel fundamental de garantir que o grupo aborde os tópicos de interesse devendo delegar para outros colaboradores a anotação de acontecimentos de interesse para o estudo, assim como a observação da comunicação não-verbal dos participantes e responsabilizar-se pela utilização do equipamento de gravação áudio (Fern, 2001; Aschidamini & Saupe, 2004; Freeman, 2006). Sendo pequeno o grupo a entrevistar considerou-se que a observação de eventuais comunicações paralelas, a anotação da ordem de participação e das principais expressões verbais e não-verbais assim como a gestão do equipamento de gravação poderiam ser acumuladas pela mesma pessoa, para não introduzir muitos elementos externos durante o *Focus Group Interviewing*. Também neste sentido, selecionou-se como observadora/anotadora alguém conhecido

do grupo de enfermeiros para garantir um ambiente de confiança e evitar que houvesse inibição na participação e na partilha de informações. A organização do espaço físico onde ocorre a entrevista assume especial importância uma vez que deve proporcionar a participação e interação do grupo, dispondo-se os intervenientes de maneira que todos estejam dentro do campo de visão entre si e com o moderador (Aschidamini & Saupe, 2004; Freeman, 2006). A entrevista ocorreu ao redor de uma mesa retangular optando-se pela disposição da moderadora e da observadora/anotadora em cada uma das cabeceiras da mesa, de modo a assegurar o campo de visão do grupo e evitar a atribuição de qualquer significado à ocupação destes lugares por qualquer uma das participantes, reservando-se os lugares laterais para o grupo para promover a interação face a face, sendo aleatória a ocupação dos lugares disponíveis.

Pode dizer-se que a entrevista começou no momento em que o primeiro participante entrou na sala. Foi nesta fase inicial que se iniciou o diálogo com os enfermeiros ao proceder-se à sua acomodação e acolhimento, aproveitando-se para explicar a presença da observadora e o seu papel durante a entrevista. Reunidos todos os intervenientes, a palavra coube primeiramente à moderadora, com uma breve exposição dos objetivos do estudo e do âmbito da discussão, com a explicação da necessidade do registo da entrevista em gravação áudio, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos e terminando com a obtenção formal do seu consentimento.

O desenvolvimento do *Focus Group Interviewing* requer que o moderador exerça um papel de liderança, procurando, entretanto, não interferir na dinâmica do grupo. A sua função é promover a participação e a interação de todos os indivíduos, assegurando que não haja dispersão em relação aos objetivos previamente estabelecidos e que algum dos participantes se sobreponha ao grupo. No entanto, as suas características pessoais são um dos fatores que pode enviesar a participação do grupo ou a própria discussão do tema colocando em causa a validade e confiabilidade dos resultados. A fiabilidade apela a uma atitude não-diretiva, uma vez que perguntas muito estruturadas podem estruturar também os discursos dos participantes, contudo, a validade impõe que a entrevista seja efetivamente conduzida com alguma diretividade para garantir a pertinência dos discursos face aos objetivos do estudo. Há efetivamente momentos em que é necessário intervir para reconduzir as pessoas aos temas que constituem o foco da entrevista. Normalmente, as pessoas que se conhecem apresentam dificuldades em se concentrar imediatamente no tópico da pesquisa (Krueger, 2007; Kramer, 2009). Para obviar esta

questão, a moderadora optou por uma postura inicial mais diretiva que gradualmente foi diminuindo no desenrolar da entrevista. Assim, após a introdução á entrevista colocou-se uma questão geral para iniciar o tema e estimular o início da discussão não-estruturada. Uma vez iniciada a participação dos enfermeiros na discussão, a moderadora foi dinamizando o grupo, facilitando e mantendo o foco da discussão e introduzindo os restantes tópicos.

É essencial que o moderador possua capacidade de escuta. A escuta não-reflexiva encoraja a participar na discussão mas não influencia a natureza da participação. A escuta reflexiva aumenta a precisão da comunicação ao clarificar (não compreendi o que quis dizer...), parafrasear (assegurando que houve compreensão do que foi transmitido) e resumir alguns aspetos individuais ou de grupo, aumentando também a confiança do moderador sobre se captou as informações fielmente e consequentemente a validade das inferências na análise das informações (Fern, 2001). Depois do momento inicial, uma vez encetada a discussão, os participantes configuraram o seu próprio discurso e a moderadora reajustou sistematicamente as suas estratégias em função da dinâmica do debate, devolvendo sistematicamente a palavra ao grupo e evitando situações de teorização ou de desvio à temática em estudo. Procurou-se que as falas individuais se integrassem no espaço de convergência do próprio grupo e que nesse mesmo espaço o discurso coletivo emergisse, orientando-o para o aprofundamento das práticas desenvolvidas cotidianamente pelo enfermeiro em cada uma das unidades funcionais do CS.

É também fundamental que o moderador detenha habilidades de comunicação não-verbal porque ela está sempre presente. Aspetos como a orientação visual, a expressão facial, a postura e os movimentos corporais podem ser usados de forma persuasiva para criar empatia com o grupo, incitando à participação, ou para gerir as dinâmicas do grupo e evitar as conversas paralelas. Também o silêncio pode ser usado para incentivar a elaboração pelos participantes, porque lhes dá uma oportunidade de pensar sobre o que querem dizer. Frequentemente, os participantes tendem a preencher o silêncio com mais informações (Fern, 2001; Freeman, 2006; Kramer, 2009). Consciente da importância da comunicação não-verbal, a moderadora procurou dirigir o olhar para o participante enquanto este falava, o que auxiliou na regulação do fluxo da discussão no grupo. Utilizou o sorriso como forma de acolhimento no início da entrevista, o que ajudou a criar um ambiente de intimidade favorecedor da interação e, pontualmente, durante a

discussão usou-o como reforço positivo na participação de cada entrevistado na discussão. Para evitar dispersão ou chamar a atenção sobre si, a moderadora restringiu os movimentos gestuais e usou a rotação da cabeça para regular a participação na discussão.

Atendendo aos objetivos da entrevista e à disponibilidade dos participantes fez-se uma sessão única de aproximadamente 120 minutos, sem prejuízo dos resultados uma vez que o grupo se manteve focalizado na temática e proporcionou as informações necessárias.

2. 3. 2. Entrevista

A entrevista reenvia-nos para uma conversação entre duas pessoas, dirigida e registada pelo entrevistador, com o propósito de favorecer a produção de um discurso contínuo e com uma certa linha argumental do entrevistado sobre um tema demarcado pelo fenómeno em estudo. Na perspetiva do paradigma qualitativo, a entrevista assume um carácter intimista, uma vez que se utiliza para obter informação que permita compreender mais do que explicar, procurando maximizar os significados sobre o objeto de investigação dentro de um contexto único sem pretender generalizar os resultados. É também mais flexível, adotando uma configuração de estímulo a discursos sem esperar que sejam objetivamente verdadeiros mas sim subjetivamente sinceros (Fontana & Frey, 2005; Denzin & Lincoln, 2006).

Para explorar as representações do papel do enfermeiro e reunir as perspetivas dominantes sobre as suas práticas e as expectativas acerca do seu papel nas três equipas de saúde, orientou-se a entrevista para a informação, e não para a resposta, visando circunscrever a compreensão e o ponto de vista de cada entrevistado (Lessard-Hérbert *et al.*, 2005). A entrevista deste género é frequentemente não estruturada mas atendendo ao tipo de estudo e à diversidade de participantes a entrevistar, optou-se pela entrevista semiestruturada, baseada em diretrizes genéricas e um conjunto de temas, sob a forma de guião, para abordagem durante cada entrevista. Flick (2005) considera a entrevista semiestruturada mais adequada em estudos de caso múltiplo a fim de garantir a comparabilidade entre casos e Patton (2002) associa-lhe como vantagem o facto de permitir reduzir o efeito de ‘enviesamento’ que poderia ocorrer pela obtenção de informação mais abrangente a partir de certos participantes e informação menos

sistemática e profunda a partir de outros, o que poderia ocorrer uma vez que se realizaram entrevistas individuais a participantes diversos: enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e utentes. Apesar de a entrevista ter alguma estruturação, conferida pela formulação prévia de questões, a investigadora assegurou que fossem realmente questões abertas que permitissem aos entrevistados exprimir-se na sua própria linguagem e manifestar-se de forma livre, não condicionada pela formulação da questão, permitindo que cada entrevistado impusesse o grau de estruturação da sua entrevista.

Perante participantes distintos operacionalizaram-se as diferentes entrevistas com base em critérios de ordem organizacional e cultural. Construíram-se três Guiões de entrevista não muito estruturados do ponto de vista do grau de diretividade e com duas grandes dimensões analíticas. Os Guiões de entrevistas aos utentes (Anexo II) e outros profissionais (Anexo III) nortearam-se pelos mesmos critérios de discussão de duas temáticas principais:

- Representações sobre o papel do enfermeiro na dinâmica de trabalho na equipa de saúde da respetiva Unidade Funcional;
- Representações sobre as competências do enfermeiro e respetiva evolução na resposta às necessidades de saúde dos utentes.

O Guião de entrevista aos enfermeiros (Anexo IV) para além das questões mais abrangentes conjugou-se com o uso de imagens para a Foto-Elicitação, para discussão específica das temáticas comuns:

- Representações sobre o papel e competências do enfermeiro na dinâmica de trabalho na equipa de saúde da respetiva Unidade Funcional;
- Representações sobre a mudança organizacional e desenvolvimento da cultura interdisciplinar na equipa de saúde da tipologia da respetiva Unidade Funcional;
- Expectativas sobre o desenvolvimento do papel do enfermeiro e construção da identidade profissional na dinâmica de trabalho interdisciplinar.

Enquanto técnica, a entrevista implica sempre um processo de comunicação em que entrevistador e entrevistado se podem influenciar mutuamente, seja consciente ou inconscientemente. O encontro que a entrevista proporciona, entre entrevistador e entrevistado, prevê a existência de um ‘contrato’ que integra um conjunto de saberes mínimos partilhados por ambos. Este ‘contrato’ é negociável ao longo da entrevista de modo a que o entrevistador possa orientar a entrevista em função dos objetivos do

estudo. Por isso, longe de constituir uma permuta social espontânea compreende um processo um tanto artificial e simulado, através do qual o investigador cria uma situação concreta (a entrevista). A entrevista compreende, assim, o desenvolvimento de uma interação criadora e captadora de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o seu decurso. Só será dito aquilo que se supõe ser aceite no intercâmbio com o outro, mas o grau de aceitação está condicionado pela posição social e cultural do entrevistador e do entrevistado e pelo cenário específico onde se desenvolve a entrevista (Lessard-Hérbert *et al.*, 2005; Gergen & Gergen, 2003; King & Horrocks, 2010). A facilidade de acesso ao campo e a relação prévia da investigadora com a maioria dos participantes, com exceção dos utentes, foi propiciadora de um ambiente favorável à produção de uma informação verosímil e pertinente, contudo, acautelou-se sempre uma relação equilibrada entre familiaridade e profissionalidade. A maioria dos autores alerta para a importância da escolha de um local neutro para a realização das entrevistas, no entanto Bernard and Ryan (2010) defendem que devem ocorrer num contexto socialmente relevante para a construção de sentido das informações a obter. Neste pressuposto, optou-se por sugerir aos participantes que as entrevistas ocorressem no espaço físico da sua unidade funcional considerando a contextualização sociocultural do fenómeno em estudo e das temáticas em discussão.

Apesar da existência do guião temático prévio que integrava os objetivos da entrevista e orientava a interação, a investigadora procurou criar ao longo da entrevista uma relação dinâmica em que se foram abordando os temas em estudo, sendo que a maioria das vezes não seguiu o percurso descrito no Guião alterando a ordem e forma das perguntas e acrescentando outras, sempre que considerou necessário. Cada entrevistado tem um estilo próprio de resposta e nesse sentido a investigadora adotou uma postura de ouvinte interessada, controlando o ritmo da entrevista em função das respostas do entrevistado. O que é crucial na condução das entrevistas é que as questões permitam ao entrevistador recolher o discurso dos participantes sobre o fenómeno de interesse ou o objeto de estudo (Fontana & Frey, 2005; Gergen & Gergen, 2003; King & Horrocks, 2010). A flexibilidade da entrevista semiestruturada permite modificações no seu decurso sempre que há possibilidade de explorar aspetos de interesse, pelo que Patton (2002) recomenda o recurso a caderno de campo ou ficha de entrevista para registo de observações sobre particularidades da entrevista ou entrevistado, para além do equipamento de gravação

áudio. Optou-se pela ficha de entrevista para anotações tendo por base a dupla recomendação de Lessard-Hérbert *et al.* (2005): indicia ao entrevistado que se está muito interessado no que ele está a dizer e permite ao entrevistador registrar, por escrito, as suas observações sobre a entrevista em si e anotar dados, ideias e comentários importantes dos entrevistados para além de reacções e impressões que a gravação não capta.

A habilidade para questionar é a chave para o sucesso de uma entrevista. Wengraf (2004), Bernard and Ryan (2010), King and Horrocks (2010) e Turner (2010) tecem algumas considerações sobre a condução da entrevista e proporcionam orientações que se procuraram ter em conta. A interação verbal em cada entrevista foi sempre iniciada pela investigadora com uma explanação sucinta dos objetivos do estudo e explicação da necessidade do registo da entrevista em gravação áudio, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos e obtendo o consentimento formal do entrevistado. Após esta fase introdutória iniciou-se a fase de interrogação convidando o interlocutor a iniciar a conversação através de uma questão de afirmação gradual, isto é, demonstrando algum conhecimento sobre o tema para conduzir o entrevistado a falar ao sentir que partilhava algo com a entrevistadora.

No decurso da entrevista foram-se conjugando questões longas e concisas, tendentes a produzir também respostas mais longas e precisas com o desenvolvimento dos pensamentos do entrevistado, com questões incentivadoras - *Pode descrever?*, e outras de reiteração através da repetição do último enunciado do entrevistado e pedindo para continuar. Fundamentais para a construção discursiva da entrevista foram também alguns comentários que favorecem a produção da fala, assim como as sínteses parciais que ao sublinharem as palavras do entrevistado estimularam o discurso descritivo, e a gestão dos silêncios para permitir a continuação do pensamento e conclusão da fala. Por vezes, para reorientar a entrevista no sentido dos objetivos do estudo, foi necessário conduzir o entrevistado a movimentar-se nas memórias através de pontos de referência, sobretudo os utentes, solicitando-lhes que recordassem os últimos contatos com os enfermeiros.

A familiaridade da investigadora com a maioria dos participantes facilitou a sua adesão na participação no estudo mas a negociação da data de realização da entrevista teve sempre por base a disponibilidade, o sentido de oportunidade e a iniciativa dos participantes, o que se revelou mais moroso que o previsto perante algumas

contingências do funcionamento das próprias unidades funcionais. Planeou-se que as entrevistas individuais ocorressem sequencialmente, iniciando-se pelos enfermeiros e posteriormente pelos outros profissionais e utentes. Não existindo interligação entre a recolha de dados junto de outros profissionais e dos utentes com qualquer outra estratégia e não dependendo da recolha prévia de informação junto dos enfermeiros, equacionou-se a revisão e alteração da sua calendarização. Assim, prosseguiu-se em simultâneo com as entrevistas aos diferentes participantes.

Não deixou de ser relevante verificar que as entrevistas aos enfermeiros e aos médicos se revelaram mais exequíveis. Houve receptividade dos assistentes técnicos para colaborar no estudo, marcaram-se as entrevistas mas foi particularmente difícil encontrar disponibilidade nas datas assinaladas, alegando sempre carga de trabalho e, nalguns casos, só remarcando para nova data após clarificação da sua forma de contribuição e reforço da importância do seu contributo. Relativamente aos utentes, se alguns acederam de imediato a colaborar e a realizar a entrevista, a maioria invocou indisponibilidade de tempo, quer antes ou após do seu atendimento, não aceitando ser entrevistados. Em alguns casos, o utente a quem se solicitou a entrevista recusou-se a participar, mas indicou o familiar que o acompanhava que, após verificação se reunia os critérios de inclusão na amostra, acabou por conceder a entrevista. Em ambas as amostras, a dificuldade em concretizar as entrevistas pode estar relacionada com o que Resnik (2011) designa por ‘assimetria social do posicionamento dos atores’ uma vez que há distanciamentos simbólicos perante a entrevista, determinados pelo campo social e leigo dos entrevistados e o campo profissional e científico do entrevistador.

2. 3. 3. Foto-Elicitação

A incorporação de dados visuais na pesquisa qualitativa não é recente, sobretudo na pesquisa sociológica e antropológica, registando-se o uso da fotografia fixa desde a década de 1930. O desenvolvimento progressivo das abordagens interpretativas e fenomenológicas nas ciências sociais fizeram emergir o potencial da fotografia não só porque enriquece as descrições ou entrevistas mas porque pode proporcionar perspetivas e informações para além do que é possível obter apenas através da palavra (Close, 2007, Banks, 2009).

Nas imagens há que considerar dois domínios: o primeiro, o material, que representa o meio ambiente visualmente através de signos; o segundo, o domínio imaterial das imagens, que emerge das representações mentais do significado que lhe é atribuído. A imagem é mediadora da realidade e é assim que, graças a ela, o inconsciente se pode tornar consciente. Tem também uma dupla polaridade entre a sua vertente inscrita na realidade, na materialidade, visível, tangível, manipulável e a sua vertente de representatividade metafórica de uma outra realidade. Assim, a fotografia origina um tipo de imagem que impele os participantes a perceber, a refletir e significar, a construir sentidos para uma realidade (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008; Sartório, 2011).

Os métodos com fotografia têm tido um uso crescente na pesquisa qualitativa em saúde, quer numa abordagem interpretativista quer naturalista, aproveitando o valor da imagem para o desenvolvimento do conhecimento. Independentemente da forma de comunicação que lhe está subjacente, as imagens fotográficas estão abertas a uma infinidade de interpretações, a explorações que podem revelar perspetivas e significados dentro do processo de pesquisa (Close, 2007; Hansen-Ketchum & Myrick, 2008). Tem sido usada sobretudo a Foto-Elicitação, método que integra fotografias no decurso de uma entrevista semiestruturada, quer sejam obtidas pelo investigador, pelos próprios participantes ou provenientes de arquivos, para evocar comentários, memórias e respostas dos participantes. A integração de fotografias não só suscita mais informações mas também diferentes tipos de informações, captando associações de experiências dos participantes. Além disso, ajudam a colmatar o fosso entre o pesquisador e os participantes pois a entrevista está ancorada numa imagem que é entendida, pelo menos em parte, por ambos. Embora possam olhar para uma fotografia de forma diferente, a sua visão da imagem é compartilhada e as suas interpretações são valiosas para o desenvolvimento do conhecimento sobre o problema (Hurworth, 2003; Riley & Manias, 2003; Banks, 2009).

A Foto-Elicitação tem servido finalidades diversas desde a estimulação de memórias, a compreensão de comportamentos, o incentivo para falar de assuntos difíceis ou de conceitos abstratos e também para a construção de instrumentos para pesquisa. Pode ser particularmente poderosa para o investigador uma vez que pode desafiar os participantes a fornecer novas perspetivas e explicações, e ajudar a evitar erros de interpretação. Além disso, pode ser utilizada em qualquer fase da pesquisa, permite a combinação da linguagem visual e verbal, ajuda a construir um ambiente de confiança e

relacionamento, produz informações imprevisíveis, promove entrevistas mais detalhadas e confere rigor ao estudo proporcionando uma componente de triangulação de métodos (Hurworth, 2003).

No domínio da pesquisa em enfermagem o potencial dos métodos que incluem a utilização da fotografia foi reconhecido, existindo registos desde 1990 sobre o seu uso em metodologias etnográficas e fenomenológicas (Hansen-Ketchum & Myrick, 2008). Em revisões sistemáticas da literatura exploratórias do uso da fotografia na pesquisa em enfermagem, a Foto-Elicitação emergiu como o método mais usado para promover a compreensão dos fenómenos. Os resultados obtidos por Riley and Manias (2004) demonstraram que o uso da fotografia como um método enriqueceu as formas tradicionais de colheita de dados e proporcionou diferentes perspetivas sobre abordagens de investigação e da prática clínica. Concluíram que a enfermagem poderia beneficiar adotando abordagens fotográficas mais criativas na pesquisa para a melhoria da prática e desenvolvimento profissional. Também os resultados obtidos por Sartório (2011) evidenciaram a fotografia como um importante recurso no campo de pesquisa da enfermagem assinalando, entre outras potencialidades dos métodos fotográficos, o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, a capacidade de análise e compreensão do contexto de produção de cuidados de saúde e da organização do trabalho, do pensamento estratégico e sentido do trabalho dos profissionais e utentes.

Hansen-Ketchum and Myrick (2008) defendem que os métodos fotográficos na pesquisa qualitativa em enfermagem são mais do que estratégias de produção e obtenção de informação. A utilização de fotografias na entrevista envolve o investigador e participantes num processo que contribui para o desenvolvimento da compreensão sobre o problema o que promove também a apropriação pelos participantes dos conhecimentos gerados e significativos para o seu contexto sociocultural. Desta forma, têm impacto nos participantes não só aumentando a sua competência mas também a sua consciência crítica o que é facilitador da discussão sobre possibilidades de mudança e do desenvolvimento de recursos para a ação.

Foi com base nestes pressupostos que se considerou a Foto-Elicitação como método capaz de conduzir os entrevistados a falar dos conceitos abstratos que envolvem as perspetivas e expectativas sobre o seu papel e obter respostas não padronizadas mas contextualizadas. Banks (2009) defende que as fotografias têm uma qualidade icónica que ao inspirar-se em recursos gráficos focalizados numa problemática induz a ver de

forma nova o que sempre se conheceu. Era necessário um foco que permitisse, durante a entrevista, iluminar as zonas de possível interpretação dos saberes e senso comum sobre o cotidiano da enfermagem. Assim, procurou-se que o pensamento e o discurso fossem mediados pela interatividade entre o entrevistado e imagens da prática clínica que o estimulasse a pensar e a falar sobre o cotidiano do enfermeiro naquela equipa e unidade funcional de saúde, evitando respostas racionais e socialmente corretas. Outro aspeto considerado foi o facto de que as fotografias têm a vantagem da repetitividade de acesso pois fornecem as componentes não-verbais dos acontecimentos e das práticas, que de outro modo só poderiam ser registados em protocolos de contexto (Flick, 2005).

Para a produção das fotografias considerou-se que a construção de versões da realidade é influenciada pela perspectiva do fotógrafo, o que constitui limitação ao método (Banks, 2009). Para a evitar explorou-se através de *Focus Group Interviewing* o cotidiano profissional do enfermeiro, captado pelas manifestações discursivas dos participantes sobre a sua atuação, procurando identificar a tipologia de práticas que desenvolvem os enfermeiros em cada uma das unidades de saúde. Com base nessa tipologia produziram-se um conjunto de fotografias em duas etapas:

- A primeira, na qual se conceberam as imagens, se preparou os cenários e recursos e se realizaram as fotografias. Banks (2009) sustenta que o contexto no qual uma imagem é vista pode alterar as compreensões de como ela é ‘lida’ pelo que deve ser considerado na sua produção. Assim, ao conceber e produzir fotografias que ‘fixassem’ situações representativas da prática profissional procurou-se simular um ambiente realístico tendo por base que uma fotografia, ainda que não seja uma imagem pessoal ou autoral, pode levar o observador a relacionar o que vê ali representado e o seu mundo particular (Close, 2007). Todo este processo foi da responsabilidade da investigadora, tendo-se obtido vinte fotografias com recurso a ‘figurantes’ que acederam a ser fotografados em ambiente de ‘laboratório’ após informação sobre a finalidade e uso posterior das fotografias, para o qual concederam a sua permissão. Procurando resguardar os rostos e salvaguardar a identificação dos ‘figurantes’ foram adicionados efeitos às fotografias. As imagens resultantes foram apresentadas aos ‘figurantes’, mantendo-se a autorização para a sua utilização.

- Na segunda etapa, validaram-se as imagens e testou-se a sua interpretação para selecionar o conjunto a usar na Foto-Elicitação. Contactaram-se os participantes no *Focus Group Interviewing* solicitando-lhes uma entrevista individual (consequindo-se a

disponibilidade de apenas um em cada unidade funcional) a quem se solicitou a análise das imagens, identificando-se as (re)produtoras de sentido em contexto da prática clínica, e selecionaram-se as que tipificavam as práticas profissionais dos enfermeiros em cada uma das unidades de saúde. Esta análise proporcionou à investigadora a triagem das imagens não selecionadas como representativas (uma), dúbias (uma) ou redundantes (três) resultando num conjunto de quinze imagens a utilizar para evocar a participação dos enfermeiros nas entrevistas individuais (Anexo V).

Do ponto de vista operacional houve necessidade de se numerarem as imagens no verso e de forma aleatória. Durante a entrevista dispuseram-se sobre uma mesa, sem respeitar qualquer ordem e de modo não-alinhado para não induzir a atribuição de uma sequência passível de influenciar a sua escolha por nenhum dos participantes. Usaram-se em dois momentos:

- Numa primeira utilização, sem se proporcionar qualquer explicação ao entrevistado deu-se como única instrução que seleccionasse as imagens que ilustravam “A minha prática profissional”. Após a escolha deu-se início à interpretação dos conteúdos desenvolvida pelos próprios participantes, solicitando-se que descrevesse cada uma e que a relacionasse ao papel do enfermeiro na equipa da unidade de saúde. Esse momento foi designado como ‘perspetiva sobre o meu papel profissional’.
- Num segundo momento, intitulado como ‘expectativas acerca do meu papel profissional’, solicitou-se ao entrevistado que seleccionasse novamente as imagens que ilustravam “O que deveria ser a minha prática profissional”, seguindo-se a explicitação dos significados atribuídos e os comentários face ao papel profissional do enfermeiro nos Centros de Saúde.

2. 4. QUESTÕES ÉTICAS DE ACESSO E TRABALHO NO CAMPO

Conduziu-se o estudo de acordo com o princípio da responsabilidade vertido nas orientações da OE (2006, p.3): “Que em todas as etapas do processo de investigação sejam visivelmente garantidos os aspetos de natureza ética” a par com os princípios universais da autonomia e da confidencialidade subjacentes à investigação com seres humanos. A investigação não é isenta de valores e o investigador deve assegurar os que dizem respeito à comunidade científica e ao próprio estudo, protegendo os interesses de propriedade intelectual, como também salvaguardar e garantir os direitos institucionais

e dos participantes, promovendo valores essenciais como a confiança, respeito mútuo e justiça, incentivando a sua colaboração e participação (Beauchamp & Childress, 2002; Guerreiro, Schmidt & Zicker, 2008; Resnik, 2011).

Após a inscrição do projeto de pesquisa na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem (UICISA-E), iniciaram-se as atividades referentes ao desenvolvimento preliminar do trabalho de campo, em duas etapas: uma primeira, informal, de contacto com profissionais do CS selecionado para estudo do caso; uma segunda, de contacto formal institucional com o órgão de direção do ACeS a que pertence o CS.

Iniciaram-se os contatos informais com os coordenadores das unidades funcionais a que se pretendia aceder, para averiguar a exequibilidade do estudo. Como se referiu anteriormente, o conhecimento prévio do CS selecionado e a natureza das relações pessoais e profissionais precedentemente desenvolvidas pela investigadora, constituíram um fator facilitador para a sua aceitabilidade. Contudo, apresentado o esboço do estudo e obtida uma apreciação favorável dos coordenadores das unidades funcionais, contataram-se alguns profissionais das diferentes equipas, a quem se expôs a intenção de efetuar o estudo para explorar a sua predisposição para participar, num processo a que Yin (2010) se refere como ‘conquistar a aproximação’ para a futura adesão à participação.

O processo de pedido formal de autorização para realização do estudo iniciou-se com o envio, por correio, de requerimento dirigido ao Diretor Executivo do ACeS dando a conhecer o projeto (Anexo VI). Neste documento contextualizou-se a responsabilidade académica e científica do trabalho, ao nível institucional e de orientação, efetuou-se uma breve exposição argumentativa do objeto de estudo, apresentou-se sinteticamente o projeto de investigação mas detalhando as opções metodológicas e os critérios para acesso aos participantes nas equipas de saúde das três unidades funcionais. Anexaram-se os planos e guiões das diferentes entrevistas para recolha de dados e garantiu-se o respeito pelas questões éticas subjacentes, através do esclarecimento e obtenção do consentimento informado de todos os participantes e do tratamento sigiloso de todos os dados cedidos. Para garantir o anonimato, não se apresenta a resposta de autorização e omite-se também qualquer referência suscetível de conduzir à identificação do CS ou dos participantes do estudo.

Durante o processo formal de autorização para realização do estudo, o Diretor Executivo do ACeS deu conhecimento ao Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico da permissão concedida. Tendo presente as considerações da OE (2006) relativamente à importância do envolvimento dos gestores e líderes de enfermagem para a criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de ‘Culturas de Qualidade’ que promovam, incentivem e valorizem a investigação e o espírito investigador, fundamentais para a excelência da enfermagem enquanto disciplina e profissão, contactou-se informalmente a senhora enfermeira que integrava o Conselho Clínico do ACeS. Em reunião particular, apresentou-se pormenorizadamente o projeto do estudo, os seus objetivos e finalidade. Solicitou-se a sua colaboração, enquanto facilitadora da identificação e do contato com os enfermeiros coordenadores (ou com funções de coordenação) das unidades funcionais dos CS do ACeS, para a estratégia mais adequada de convocação e calendarização de reunião para realização do *Focus Group Interviewing*.

Um dos requisitos fundamentais para a investigação eticamente consistente é o consentimento dos participantes, inerente ao princípio de autonomia que prescreve o direito de autodeterminação do ser humano, pressupondo a liberdade no uso da razão. Firma-se no respeito pelo direito do participante em decidir por si mesmo se participa no estudo, sem coação, assegurando-se igualmente o direito a negar-se livremente (Beauchamp & Childress, 2002; OE, 2007). Para a obtenção de um efetivo consentimento, livre e esclarecido, a boa prática ética exige que ao participante seja proporcionada informação sobre todos os aspetos da investigação e responsabilidades do investigador e do participante, quer verbalmente, quer através de documento escrito onde o participante declara que foi informado e manifesta a sua anuência à participação no estudo (Padilha, Ramos, Borenstein, & Martins, 2005; Guerreiro *et al.*, 2008; Resnik, 2011). Nestes pressupostos, na fase da recolha de dados a investigadora respeitou e garantiu estes direitos dos participantes, contemplados nos Termos de Esclarecimento e de Consentimento Livre e Esclarecido construídos e utilizados para obtenção do seu consentimento (Anexo VII).

O acesso ao campo fez-se em dois períodos: o primeiro ocorreu em Agosto de 2012, para realização da entrevista em grupo com enfermeiros coordenadores de unidades funcionais dos CS do ACeS; o segundo período decorreu de Outubro de 2012 a Maio de 2014, para as entrevistas individuais com enfermeiros, outros profissionais e utentes do CS selecionado. Tanto na entrevista coletiva como nas entrevistas individuais,

abordaram-se previamente cada um dos participantes para lhes dar a conhecer o estudo e convidar a participar. No início das entrevistas, entregou-se o Termo de Esclarecimento a cada participante, acompanhou-se a sua leitura e proporcionaram-se esclarecimentos adicionais assim como se respondeu às questões colocadas. Neste documento identificou-se a investigadora, apresentou-se sumariamente o estudo, o seu objetivo e metodologia, explicitando qual a forma de recolha de dados e a natureza de participação pretendida, esclarecendo também sobre a necessidade de gravação áudio da entrevista. Assegurou-se o direito ao anonimato e à confidencialidade, garantindo a preservação da identidade através da atribuição de codificação à entrevista, assim como a salvaguarda do carácter sigiloso das informações nos resultados do estudo ou em qualquer forma da sua apresentação e divulgação. Informou-se sobre a liberdade de acesso aos dados do estudo, sempre que o participante o solicitasse, e resguardou-se o direito à propriedade intelectual dos resultados solicitando a concordância para a sua divulgação em publicações e eventos científicos. Antes de se apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido reiterou-se a liberdade de participar ou não no estudo, assim como de retirar o consentimento em qualquer momento da entrevista. Concedeu-se algum tempo para que o participante realizasse a leitura do documento antes de declarar o seu consentimento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma na posse do participante e outra arquivada com a investigadora. Nestes pressupostos, considerou-se o entrevistado livre e esclarecido para participar no estudo e realizou-se a entrevista.

A entrada em campo confrontou a investigadora com outras questões. A metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões éticas não só porque o investigador faz parte de todo o processo mas principalmente pela sua proximidade com os participantes durante a colheita de informação (Carpenter, 2002; Denzin & Lincoln, 2005; Lessard-Hérbert *et al.*, 2005; Schmidt, 2008). No trabalho de campo, a autorreflexão e o comprometimento ético das atitudes e do julgamento do investigador são fundamentais. Como refere Schmidt:

As relações de poder e os efeitos ideológicos (...) são produzidos no decorrer da pesquisa e constituem as relações de colaboração e interlocução. A ética reporta, exatamente, ao modo de lidar, tematizar e agir no interior dessas relações, quase sempre, de partida, assimétricas e hierárquicas (2008, p. 48).

Assume-se importante a capacidade do investigador para sair do seu espaço de conhecimento e da sua perspectiva, para negociar a relação com os participantes no seu contexto social e cultural, norteados por valores como a liberdade, a isenção, a equidade, o respeito e a confiança (Padilha *et. al.*, 2005; Schmidt, 2008). A familiaridade da investigadora com o CS e com a maioria dos participantes facilitou a entrada no campo mas poderia constituir um eventual factor persuasivo, ou contrariamente dissuasivo, ou mesmo constrangedor relativamente à obtenção do seu consentimento, face às suas diferentes situações profissionais e contextuais. Assim, na abordagem prévia a cada participante para convite a participar no estudo, após obtenção do seu consentimento verbal negociou-se a entrevista para quando considerasse oportuno, podendo ficar marcada a data da sua realização nesse encontro ou ser posteriormente comunicada pelo participante à investigadora. Com a possibilidade de marcação posterior da entrevista por iniciativa do participante, obviou-se qualquer efeito interferente no efetivo consentimento devido ao contato pessoal com a investigadora. Além da data, o próprio participante definiu também as circunstâncias em que iria decorrer a entrevista, assegurando-se assim a privacidade na sua realização, garantindo a especificidade da relação que se estabeleceu entre investigadora-participante e granjeando a sua confiança.

A entrevista não é um mero instrumento para obtenção de informações, constitui uma prática discursiva, ou seja, é um processo dialógico que exige algum interrelacionamento humano pelo que existirá sempre a participação invisível do investigador (Schmidt, 2008; Resnik, 2011). Houve sempre consciência de que a ideologia da investigadora permeou o estudo, por isso, durante a entrevista a honestidade nas relações estabelecidas com os participantes foi essencial e procurou-se garantir neutralidade com o guião de entrevista como eixo orientador na condução do diálogo, permitindo liberdade ao participante para expressar as suas opiniões sem quebrar a sua confiança. Lessard-Hérbert *et al.* (2005) acentuam a relação entre a validade de um estudo e a honestidade e neutralidade do investigador, enquanto princípios éticos de ordem social dos quais vai depender a relação de confiança com os participantes, necessária à obtenção genuína das suas concepções, significados e juízos.

A saída do campo também mereceu atenção por parte da investigadora. Decorrente do princípio da responsabilidade, na finalização da entrevista forneceu-se o contato pessoal a cada um dos participantes para eventual concretização do seu direito de acesso aos

dados e resultados do estudo, caso o desejasse. Reforçou-se a fidelidade no tratamento dos discursos áudio-gravados e garantiu-se novamente a isenção no processo de análise e interpretação das informações, no respeito pela verdade e honestidade intelectual.

2. 5. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

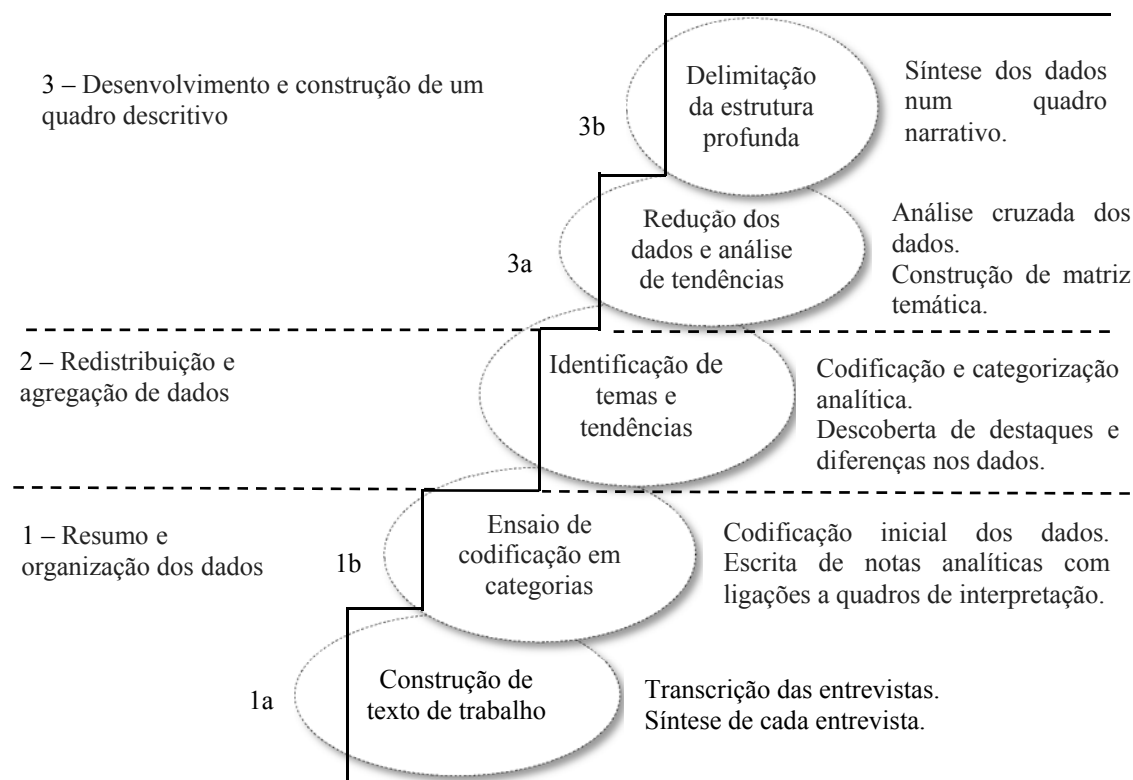
A análise dos dados constitui uma das fases mais importantes do processo de investigação, já que se procura sistematicamente, e de forma reflexiva, trabalhar os dados, organizando-os em unidades manobráveis e descobrindo os seus contributos para o estudo. Stake (2012) alerta para o facto de não existir um momento específico para se iniciar a análise de dados uma vez que se começa por dar significado às primeiras impressões e no fim dar significado às conclusões finais. Yin (2010) sugere que nos estudos de caso o mais importante é ter uma estratégia analítica geral, o que ajuda a escolha entre as diferentes técnicas. Propõe a orientação do processo de análise com base nas proposições teóricas que formaram o desenho do estudo de caso e o desenvolvimento de um quadro descritivo para organizar a análise com base na descrição das características gerais e relações do fenómeno em estudo. Assim, conduziu-se a análise dos dados sustentada pela teorização sobre o papel profissional e contextualizada nos pressupostos e conceções sobre enfermagem, trabalho multiprofissional e interdisciplinar, para descrever o papel do enfermeiro.

O processo de análise de dados qualitativos envolve a sua compreensão, que se atinge quando se se têm dados suficientes para proceder a uma descrição completa, detalhada, coerente e rica, e a interpretação para conseguir a sua significação. É uma produção de construções sequenciais e interativas que procura responder às questões subjacentes à pesquisa (Morse, 2007; Bernard & Ryan, 2010). Na análise das evidências em estudos de casos, à medida que os dados vão sendo recolhidos, o investigador vai tentando identificar destaques e relações, construindo interpretações e aperfeiçoando as anteriores, o que o leva a explorar novos dados complementares ou mais específicos, que testem as suas interpretações, num processo constante até a análise final (Yin, 2010).

Para Miles, Huberman, & Saldaña (2014) o carácter aberto e flexível da metodologia qualitativa, a diversidade de perspetivas e técnicas de análise, a escassez de orientações e sistematizações, constituem a dimensão mais complexa da análise de dados.

Recomendam a condução do processo de abstração analítica num crescendo que engloba a conexão interativa de três subprocessos, que se adaptaram e reproduziram na Figura 5.

Figura 5 – Subprocessos do processo analítico dos dados



Para as complexas etapas de análise textual na descoberta do que está por detrás dos conteúdos manifestos das entrevistas, elegeu-se a de análise de conteúdo tendo como base a conceituação de Bardin (2013) e as etapas da técnica por ele explicitadas para a descrição, sistematização e revelação do teor dos testemunhos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise de conteúdo possibilita a utilização de várias modalidades de análise no seu desenvolvimento metodológico, tendo-se optado pela análise temática, que visa descobrir os núcleos de sentido que compõem um discurso. Bardin (2013) concebe o tema como a unidade de significação que naturalmente emerge do ‘corpus’ de informação, seja por referência com a teoria que norteia a análise ou pela sua significância com o fenómeno em estudo.

O primeiro subprocesso de análise de dados envolveu a sua organização com o objetivo principal de documentar o caso, na sua especificidade e na sua estrutura, permitindo a

reconstituição da realidade para que pudesse ser analisada (Flick, 2005). Iniciou-se com a transcrição das entrevistas audiogravadas. Ao transformar a realidade em texto, o processamento de transcrição da oralidade decorre separado do seu curso temporal e está sujeito a estruturações técnicas e textuais que podem conduzir à construção de novas versões dos acontecimentos, nesse sentido pode considerar-se que a transcrição decorreu como fase preliminar da interpretação dos dados. Aproximou a investigadora dos dados e gerou sentido teórico, proporcionando oportunidade para avaliar e aperfeiçoar o decurso das entrevistas seguintes (Bernard & Ryan, 2010). Assim, cada entrevista foi transcrita, logo que possível, após o seu término. Realizou-se a transcrição exata das entrevistas, incluindo-se o registo de alguns aspetos considerados essenciais como pausas, mudanças no tom de voz, ou sobreposições e interrupções de falas no caso do *Focus Group Interviewing*, sem contudo comprometer a legibilidade e a interpretação do conteúdo com um texto artificialmente pormenorizado (Flick, 2005).

Adicionaram-se às transcrições as anotações produzidas pela investigadora durante as entrevistas, contendo observações reflexivas que emergiram ou notas marginais para uso posterior no processo analítico, tendo presente as advertências de Patton (2002) quanto à sua utilidade para contextualizar e esclarecer possíveis significados dos dados.

Na organização dos dados recorreu-se ao programa informático de análise de dados qualitativos QSR NUD*IST Vivo (Qualitative Solutions and Research Non-Numerical Unstructured Data Indexing and Theorizing) versão 8, cujas ferramentas de codificação e armazenamento de textos nos permitiu criar um banco de dados. Mayring (2000) refere que este tipo de programas de suporte à análise qualitativa funciona como assistente, apoiando e facilitando as etapas de análise de texto, de facto, constituiu um auxiliar de trabalho de grande utilidade na manipulação do texto já que as suas ferramentas permitiram não só sublinhar segmentos de texto, escrever notas marginais, criar definições de categoria e regras de codificação, registar comentários, mas também editar e pesquisar através de diferentes trechos do texto. O recurso à análise assistida informaticamente permitiu ainda explorar diferentes possibilidades de análise e interpretação ao criar e cruzar conjuntos de dados, o que, na opinião de Houghton *et al.* (2013) reforça a credibilidade das conclusões.

A segunda etapa deste primeiro subprocesso analítico dos dados orientou-se pelos pressupostos da fase de pré-análise formulada por Bardin (2013): sistematizaram-se as ideias iniciais através da ‘leitura flutuante’ dos textos transcritos, que possibilitou a

constituição do ‘*corpus*’ a analisar com a demarcação dos trechos que respondiam a critérios de exaustividade (esgotando a totalidade do texto), representatividade do caso, homogeneidade e pertinência face aos objetivos do estudo, emergindo simultaneamente alguns indicadores de significado através de recortes de texto. Assim, através da leitura exploratória dos textos iniciou-se a identificação dos padrões, das recorrências e das ‘regularidades repetitivas’, ou ‘correspondências’ como são designadas por Stake (2012), desencadeando o primeiro nível de codificação, sublinhando os segmentos de conteúdo para codificar a unidade de significação e de contexto nos documentos, realizado o agrupamento de ideias com a formação de famílias de códigos. Deste modo, reduziram-se os dados para um número menor de unidades mais significativas de análise. Esta codificação inicial envolveu sobretudo códigos pré-estabelecidos que derivaram das questões do estudo e referenciais teóricos sobre papéis e papel profissional do enfermeiro, tendo por base que Yin (2010) defende que a análise das evidências deve ser articulada com os principais conceitos do referencial teórico e pressupostos que norteiam a pesquisa, de modo a compor um quadro consistente que permita a identificação das convergências e divergências do caso.

O segundo subprocesso envolveu a ‘imersão’ focalizada nos dados, a fase da descrição analítica proposta por Bardin (2013), no qual se submeteu o ‘corpus’ textual a um segundo nível de codificação, recorrendo a leituras repetidas para revelar os significados subjacentes no texto, para a descoberta dos temas, a construção de hierarquias entre si, a sua anexação ao texto ou a ligação aos referenciais teóricos, seguindo-se as orientações dos diferentes autores (Patton, 2002; Morse, 2007; Bernard & Ryan, 2010; Guest, MacQueen & Namey, 2011; Bardin, 2013; Miles *et al.*, 2014). Refinaram-se os códigos pré-estabelecidos mas efetuou-se sobretudo a codificação ‘*in vivo*’ emergente das ideias, dos conceitos e significados implícitos nos discursos dos participantes. Foi um processamento de contínuo ‘vaivém’ entre os dados procurando filtrar o significativo do insignificante, com a fusão de alguns códigos devido à sua similitude, com a divisão de outros pela sua diferenciação e, também, com a extinção ou ampliação de determinados códigos, perseguindo a identificação conceptual. Foram-se escrevendo anotações analíticas com comentários ou interpretações surgidos durante a codificação, que constituíram um elo interpretativo entre os diferentes códigos e facilitaram o seu agrupamento e reunião de todos os extratos relevantes dos dados codificados, tendo em vista a identificação de potenciais temas.

A análise temática trabalha com a noção de tema, que só é visível através de manifestações ou expressões nos dados, algumas óbvias e culturalmente consensuais mas outras subtis e mesmo simbólicas. Considerou-se como tema todo o conteúdo dos dados que captasse algo importante relativamente às questões do estudo e representasse ou um nível de resposta padronizada ou argumentos de significado dentro do conjunto dos dados. Os temas tanto emergiram dos dados, numa abordagem indutiva, como da prévia compreensão teórica do papel do enfermeiro, numa abordagem dedutiva. O processo analítico envolveu a identificação inicial de padrões de conteúdo semântico, a procura de significados explícitos nos dados, progredindo para uma interpretação das percepções e conceituações latentes, no que Patton (2002) refere como uma tentativa de teorizar o conteúdo semântico dos dados a partir dos seus sentidos e implicações mais amplos.

Para a descoberta dos temas o guião das entrevistas serviu de delineamento inicial para a elaboração de um mapa cognitivo que foi evoluindo à medida que se prosseguiu com a análise da congruência entre o conteúdo dos discursos e as fontes documentais e bibliográficas de referência. A lógica na construção discursiva dos participantes funcionou também como estratégia no reconhecimento dos temas, tendo por base que as mudanças no conteúdo, a utilização particular de algumas palavras e frases, ou mesmo as mudanças no tom de voz e pausas no discurso, podiam indicar a transição de temas.

Na análise dos dados do *Focus Group Interviewing* os termos partilhados pelos participantes, os argumentos que suscitaram envolvimento na discussão ou que geraram silêncios, as anotações marginais relacionadas com o processo de interação no grupo, contribuíram para a compreensão do ‘corpus’ textual como um todo, e não como uma soma de enunciados discursivos, facilitando o reconhecimento de significados explícitos nos dados e a identificação dos temas (Duggleby, 2005).

O terceiro subprocesso compreendeu a diferenciação e síntese temática das evidências de cada caso, as interpretações inferenciais, a triangulação de fontes, de dados e espacial, culminando no desenvolvimento e construção de um quadro descritivo do caso em estudo. Foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica norteadas pelos propósitos da terceira fase da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2013) e da síntese transversal do caso para compreender a sua complexidade e identificar o que o transcende (Stake, 2012; Yin, 2010).

Os acontecimentos e conhecimentos não são desvinculados, por isso, no processo de análise e interpretação de dados a sua contextualidade foi assumida como fio condutor da reflexão contínua e interação dinâmica com o quadro conceptual e as questões de investigação (Flick, 2005). Assim, para organizar a análise do caso, desenvolveu-se inicialmente um quadro descritivo dentro de cada caso incorporado com a síntese temática da percepção do papel do enfermeiro em cada unidade funcional de saúde. Para isso triangularam-se os dados das diferentes entrevistas (aos enfermeiros, aos outros profissionais de saúde e aos utentes) e cruzaram-se com a documentação e orientações contratuais e de funcionamento da respetiva unidade funcional de saúde, não só para compreender o contexto dos discursos e as expectativas organizacionais para o papel do enfermeiro mas também para simultaneamente se identificarem os padrões únicos de cada caso (Yin, 2010). Posteriormente realizou-se a triangulação espacial com a análise entre casos, comparando as suas evidências para obtenção de replicações teóricas ou originadas nas diferentes unidades de análise (Yin, 2010). Na conclusão do processo analisou-se o caso como um todo, com inferências e interpretações resultantes de reflexão contínua e interação dinâmica com o quadro conceptual, questões de pesquisa e objetivos propostos para o seu estudo.

Na análise de conteúdo, por mais que se respeitem e que se descrevam cada uma das fases de análise, como forma de gerar confiabilidade e validade, há que manter a flexibilidade e a criatividade necessária à construção do significado, isto é, a interpretação do que foi dito ou representado. Bardin (2006) deixa claro que a sua proposta da análise de conteúdo oscila entre o rigor da objetividade, da cientificidade, e a riqueza da subjetividade, tendo a técnica o propósito de ultrapassar o senso comum do subjetivismo e alcançar o rigor científico imprescindível, assumindo que a necessária inferência do pesquisador não é totalmente neutra, o que pode constituir uma limitação.

Para superação das questões da validade e da confiabilidade inerentes à neutralidade do investigador, Houghton *et al.* (2013) defendem a adequada utilização de *softwares*, que além de facilitar e agilizar o processo de análise, potenciam os resultados do estudo ao aumentar a compreensão e a profundidade das análises, independentemente de exigirem um grande envolvimento do investigador, o que gera confiança e qualifica os dados. Com já referido, recorreu-se a um programa informático de suporte na análise de dados qualitativos, que Bazeley (2007) considera fundamental no contributo para o rigor da análise, proporcionando uma visão global de decisões tomadas, o que aumenta a sua

fiabilidade. Com efeito, durante todo o processo de análise facilitou a consulta de palavras específicas, termos importantes ou etiquetas de código para análise no texto das transcrições das entrevistas e respectivas anotações, essencial não só para identificar conceitos ao longo e após a análise, mas sobretudo para apurar se os conceitos foram suficientemente representados na codificação. Auxiliou e clarificou também o processo de codificação, permitindo consultar referências ao texto codificado ou todos os dados atribuídos a um atributo específico, procurar padrões e ‘questionar’ os dados numa fase posterior, verificar ou confirmar proposições feitas a partir da análise. Por fim, ao criar uma matriz de codificação permitiu validar o rigor e as replicações no caso. Em simultâneo, em todo o processo de análise, para além da utilização de múltiplas fontes e a triangulação dos dados e evidências das diversas fontes para fortalecer e sustentar os achados, usaram-se transcrições textuais dos participantes para aumentar a precisão na descrição dos resultados, e submeteu-se toda a análise à revisão dos orientadores da investigadora, que funcionaram com auditores externos, o que contribuiu para a confiança nos resultados do estudo de caso (Jenks, 2002; Creswell, 2007; Baxter & Jack, 2008; Miles *et al.*, 2014).

PARTE III – O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS EQUIPAS DE SAÚDE: CRUZANDO PERSPETIVAS E EXPECTATIVAS

Partindo da conceituação de Hardy and Conway (1988) sobre o papel profissional como um conjunto de juízos que diferenciam as funções e os cargos exercidos pelos enfermeiros, e da perspetiva de Gómez (2009) sobre a mutabilidade das práticas profissionais de acordo com as condições determinadas pelo campo percetivo no qual surgem, impôs-se como primeira abordagem a exploração da *praxis* do enfermeiro, enquanto integração dos saberes e fazeres que são veiculados nas intervenções da sua prática (Vale, Pagliuca & Quirino, 2009). Assim, o primeiro capítulo descreve as representações sobre a *praxis* nas diferentes equipas de saúde, veiculadas na interação discursiva durante o *Focus Group Interviewing* com os enfermeiros selecionados como informadores-chave.

O posicionamento do enfermeiro na estrutura organizacional encontra-se vertido nos regulamentos e protocolos de atuação institucionais que determinam o seu ‘papel ocupado’, contudo o seu desenvolvimento nas interações dentro e fora do sistema organizacional acabam por determinar o efetivo ‘papel desempenhado’ que por sua vez é frequentemente um ‘papel negociado’ no contexto do trabalho em equipa e da prática colaborativa. Deste modo, no segundo e terceiros capítulos relatam-se as perspetivas dos diferentes participantes sobre as funções e as competências atribuídas ao enfermeiro em função das respetivas vivências, experiências e perceções acerca do seu cotidiano profissional. A forma como os enfermeiros constroem a sua autoimagem profissional e o modo como os outros profissionais da equipa e os utentes percebem as suas competências profissionais e destrinçam a multiplicidade dos seus subpapéis, geram expectativas em redor de um ‘papel esperado’ que se expõem no quarto capítulo.

O quinto capítulo encerra com as principais conclusões extraídas do cruzar destas diferentes perspetivas e com as implicações futuras implícitas nas expectativas geradas sobre o papel do enfermeiro.

1. EXPLORANDO A PRAXIS DOS ENFERMEIROS NAS DIFERENTES EQUIPAS...

A possibilidade de participar num estudo sobre a enfermagem e de contribuir com as suas vivências para a compreensão do papel do enfermeiro no contexto atual da organização dos CS pareceu desde logo aliciar os participantes, evidenciado não só pela disponibilidade para serem entrevistados como pelo esforço em conciliar agendas para a marcação da entrevista. Nos momentos prévios ao início formal da entrevista, durante a acomodação na sala, foi instintivamente que se estabeleceu a interação entre os enfermeiros, e foi perceptível através da ‘observação’ e ‘escuta’ informal de alguns dos seus diálogos a importância que atribuíam à oportunidade de falar sobre a profissão e o seu quotidiano profissional.

As representações sobre a *praxis* dos enfermeiros nas diferentes equipas surgiram espontaneamente agregadas à ‘Cultura Organizacional’ associada a cada unidade funcional. Inicialmente transpareceu a ideia de que a USF e UCSP são idênticas e que a diferenciação organizacional apenas introduziu diferenças face à UCC, como ilustram estes discursos:

Entre USF e UCSP não há grande alteração, é basicamente o mesmo tipo de trabalho... (E_{5FG}) *No modelo anterior eu também estava a trabalhar numa equipa e no fundo a diferença não é muita, na USF temos regulamento e contratualização...* (E_{4FG});

Aqui na UCSP é basicamente também o mesmo tipo de trabalho da USF... (E_{1FG}) *Nós na UCSP não temos contratualização...* (E_{3FG}) *Nós temos regulamento interno...* (E_{1FG});

A UCC é diferente... (E_{6FG}) *Trabalhamos com parcerias que se incluem no projeto da UCC...* (E_{2FG}).

O modelo de organização do CS centra-se na multidisciplinaridade e apesar de a interdisciplinaridade estar subjacente à forma de trabalhar das equipas multiprofissionais destas unidades funcionais de saúde, alguns enfermeiros deixaram claro que na sua prática diária esta nem sempre é uma realidade:

Na UCSP articulamo-nos na equipa mas não há interdisciplinaridade, é isso que o modelo pretende mas não é o que está na cabeça das pessoas (...) por vezes a enfermagem não é reconhecida, pelo menos por alguns grupos... (E6FG) As pessoas não se vêm todas como pares (...) a unidade tem um responsável de enfermagem mas está implicitamente necessária a autorização do coordenador para iniciativas da enfermagem... (E3FG) O coordenador pode achar que isso entra em conflito com o trabalho a exercer na unidade... (E1FG) Tem de ser à base de negociação, quando as enfermeiras têm iniciativa têm mais problemas, mais conflitos... (E4FG) Habitualmente o coordenador médico tenta fazer a distinção daquilo que ele acha que é importante, sem conhecer as nossas intervenções, as nossas competências... (E3FG);

Na USF o que importa é a resposta assistencial, desde que fique assegurada... (E4FG) Mas não penso que tenha a ver com a contratualização (E5FG).

Durante a discussão no grupo emergiu uma perceção de que esta ‘Cultura Organizacional’ tem repercussões na ‘Cultura Profissional’ dos enfermeiros, considerando que na USF e na UCSP parece ser afetada pela duplicidade hierárquica e a interdependência funcional, o que tem conduzido a alguma perda de autonomia profissional:

Há zonas cinzentas na legislação... (E1FG) Em cada uma das equipas não terem logo discriminado que havia um enfermeiro ou teria que haver um enfermeiro responsável e quais seriam as suas funções, foi uma grande lacuna, por isso, apesar de ter lá uma alínea que diz que se respeitam as carreiras individuais, de cada profissão, isso não está a ser inteiramente cumprido na UCSP... (E6FG) Há uma dualidade organizacional, antigamente era fácil no sentido que sabíamos qual era o superior a quem haveríamos de responder, e isso estava na figura do enfermeiro chefe (...) agora há hierarquias intermédias, temos que responder perante o coordenador e temos que responder perante um enfermeiro chefe... (E3FG) Agora com o papel também um bocado camuflado... (E5FG) A nossa autonomia depende muito do coordenador da unidade, depende muito do estilo de gestão que ele escolhe... (E3FG).

Inversamente, na UCC têm sido implementadas dinâmicas profissionais que os enfermeiros percebem como reforço da sua autonomia profissional, como refere uma enfermeira:

Somos nós, enfermeiras, que tomamos a iniciativa perante os nossos parceiros... (E_{2FG}) Somos nós que estabelecemos qual a intervenção a realizar, que definimos os programas, que planeamos e realizamos as diversas atividades (...) temos muito mais autonomia... (E_{6FG}).

Apesar de, por vezes, o ambiente de trabalho na USF e na UCSP ser percebido como restritivo do desenvolvimento da sua *praxis*, os enfermeiros reconhecem que há uma crescente valorização profissional que lhes é atribuída quer pelos utentes quer pelos outros profissionais da equipa, embora considerem que está centrado nas características pessoais do enfermeiro e não na profissão, como sobressai deste excerto dos diálogos:

O utente está mudar a ligação que tem com a enfermeira, sem dúvida! (E_{4FG}) Com a sua enfermeira... (E_{5FG});

Nós (USF) temos a figura da enfermeira de família instituída... (E_{4FG}) Na UCSP procuram a enfermeira que pretendem ou que assumem como sendo a deles ou quem a está a substituir... (E_{3FG}) Chegam ao cúmulo de ir embora e esperar pela enfermeira ... (E_{5FG}) É mesmo (...) 'p'rá semana já está? Então eu volto p'rá semana'... (E_{4FG}) Nas consultas de saúde infantil e de diabetes alguns utentes têm uma grande confiança em relação aos seus enfermeiros e tanto é que telefonam a perguntar e procuram informações e confiam nas soluções que o enfermeiro apresenta (...) também alguns casos de tratamento de feridas em que nós acompanhamos o utente e eles vão verificando que realmente vai havendo uma evolução favorável, essa confiança vai aumentando na própria relação enfermeiro-utente (E_{3FG});

Alguns médicos de família confiam na nossa orientação e pedem-nos opinião... (E_{3FG}) E marcam mesmo utentes só para nós ou o próprio médico pede-nos para agendar para continuar um ensino ... (E_{1FG});

Mas depende de cada pessoa e da relação com o próprio profissional (...) tem mais a ver com características pessoais... (E_{5FG}) Tem a ver com a relação que estabelecemos, com a empatia criada, e é de acordo com isso que as pessoas procuram mais A, B ou C, não tem a ver sequer com a profissão... (E_{6FG}).

Do mesmo modo, também os enfermeiros da UCC reconhecem que lhes tem sido reconhecido um progressivo valor profissional, expresso pela crescente procura da sua intervenção:

Há muita procura, principalmente dos jovens (...) nós criámos uma caixa de correio eletrónico e uma página no Facebook e eles recorrem constantemente pedindo informações, tirando dúvidas... (E_{6FG}) E nós percebemos sempre que estamos com eles, ou quando estamos com um grupo, que eles confiam muito naquilo que nós dizemos e que nós fazemos... (E_{2FG}).

Progressivamente foram emergindo nos diálogos outros elementos diferenciadores desta ‘Cultura Organizacional’ que parecem influenciar a ‘Cultura Profissional’ e de sobremaneira a ‘Autoimagem Profissional’:

Na USF e UCSP somos fundamentalmente prestadores de cuidados... (E_{5FG}) A maior parte do tempo fazemos um atendimento direto ao utente mediante o problema que ele nos traga... (E_{3FG});

Nós na UCSP é um atendimento direto ao utente mediante o problema que ele nos traga ... ou podemos ser nós a ter a iniciativa relativamente ao utente ou à família em causa ... agendamos e programamos uma vinda ao centro de saúde... (E_{1FG});

Na USF é diretamente à família... (E_{1FG}) Quando falamos em família é mais relacionado com a parte do utente e da sua família, do prestador ... (E_{5FG}) Do cuidador informal ... (E_{4FG}).

Na USF e na USCP esta ‘Autoimagem Profissional’ de prestadores de cuidados é percebida como centrada essencialmente em intervenções que privilegiam as respostas às necessidades expressas pelos utentes ou a orientações no âmbito dos Programas Nacionais de Saúde. Parecem orientar o ‘Perfil de Práticas’, no qual sobressaíram uma mescla de intervenções complementares e autónomas, programadas para ambulatório e domicílio, integradas em consultas de enfermagem de vigilância da saúde ou de gestão da doença, maioritariamente associadas à resposta assistencial e sem referência explícita a intervenções em equipa, como exemplificam estes excertos dos discursos:

Todos os dias temos agendamento para consultas e tratamentos programados, muitas das vezes no domicílio... (E_{3FG}) Na área curativa temos imenso trabalho, tratamentos, que podem ser prescritos, é o caso dos injetáveis e outra medicação, ou

também por nossa iniciativa (...) se o utente tem uma ferida, somos nós por nossa iniciativa que tratamos (...) também temos consultas de vigilância, cerca de 50% das consultas de enfermagem acabam por ser de vigilância, por exemplo de planeamento familiar, saúde materna, hipertensão, diabetologia, saúde infantil, aos adolescentes (...) temos ainda consultas não programadas como as consultas de reforço e as consultas de doença aguda... (E1FG) Fazemos também vacinação, programada ou não... se o utente vem à consulta aproveitamos a oportunidade, noutros casos convocamos para vacinar... (E3FG) Nas consultas preventivas seguimos os programas de saúde... (E1FG);

Quando é preciso ou quando nos propõem também temos projetos, mas são pontuais... (E1FG) Têm uma duração curta, não temos disponibilidade... (E3FG).

No decurso da entrevista foram emergindo nos exemplos de práticas da USF e UCSP padrões de cuidar que incluem o assistir, o apoiar, o ensinar:

Atendemos e assistimos nas consultas de agudos, administramos injetáveis e fazemos tratamentos em ambulatório e nas ‘vds’... (E3FG) Fazemos sempre ensino ao utente... (E4FG) Por exemplo uma criança a iniciar novos alimentos ou um diabético a iniciar a insulinoaterapia... (E3FG) Explicamos como fazer a vigilância da glicémia... (E4FG) No domicílio também reforçamos os ensinamentos e apoiamos o cuidador na insulinoaterapia (E5FG).

Na UCC parece ainda não haver uma consciência do desenvolvimento de uma ‘Cultura Profissional’ (eventualmente pelo facto de ter pouco tempo de funcionamento), o mesmo não sucedendo com a assunção de uma ‘Autoimagem Profissional’:

Somos mais educadores, apostamos muito na educação para a saúde na comunidade ... (E2FG) Apostamos muito na área da formação dos grupos... (E6FG).

No ‘Perfil de Práticas’ da UCC os enfermeiros salientaram essencialmente as intervenções educativas:

Trabalhamos com o programa de saúde escolar, definimos e planeamos um programa de intervenção... (E2FG) Temos parcerias com várias IPSS e com escolas (...) fazemos sobretudo educação para a saúde, com muitas sessões realizadas nas escolas, na comunidade... (E6FG) A que tem maior peso é a sexualidade... (E2FG) Depois também trabalhamos as outras áreas, os estilos de vida e também em grupos

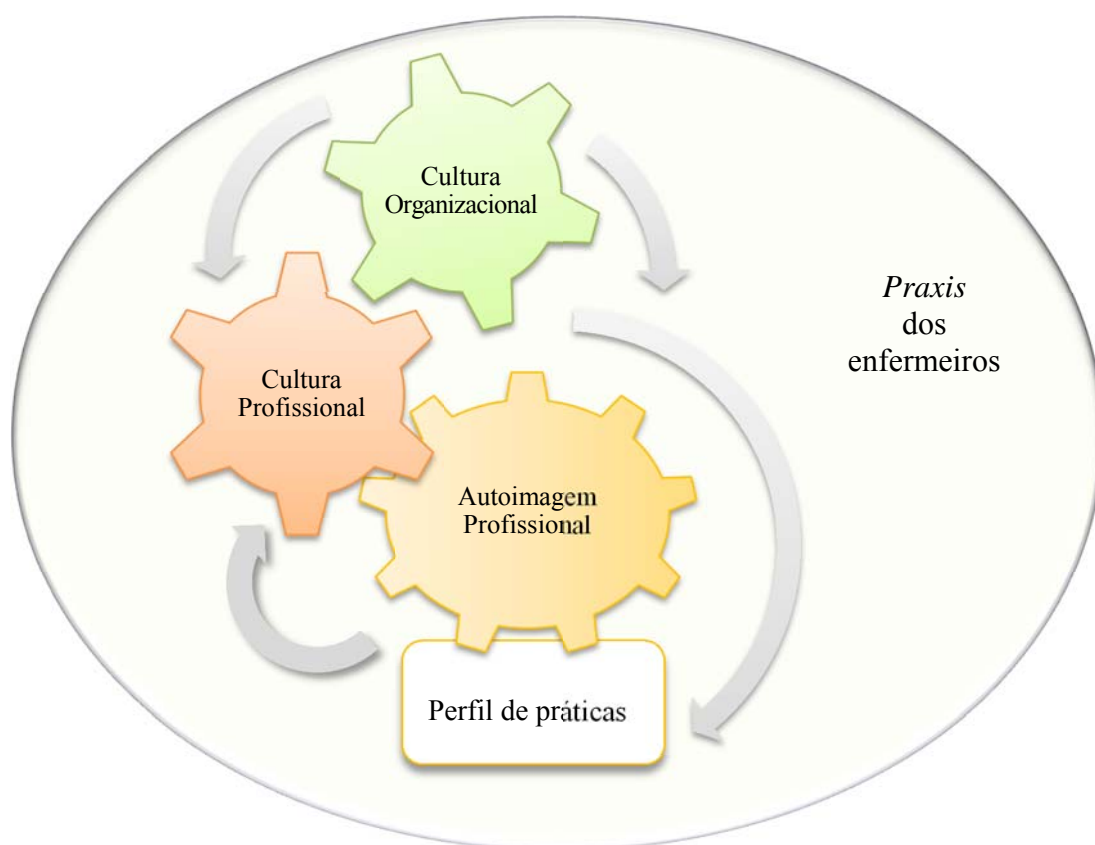
na comunidade (...) temos parcerias com a USF e UCSP, que encaminham para UCC, por exemplo, jovens encaminhados para o CAJE, uma família que precisa de uma intervenção precoce no âmbito do PIP ... (E_{6FG}) Ou casos que nos chegam do núcleo contra a violência familiar... (E_{2FG}).

De entre as práticas cotidianas dos enfermeiros da UCC sobressaem padrões de cuidar que envolvem o capacitar, informar, ensinar, orientar e encaminhar:

Trabalhamos a capacitação de grupos de maior risco, informamos e falamos sobre planeamento, questões ligadas a doenças sexualmente transmitidas... (E_{2FG}) Ensinaamos a saberem comerem melhor, saberem que têm de fazer exercício físico, saberem que têm que ir às consultas do seu médico e do seu enfermeiro de família (...) fazemos também a orientação e ligação com o enfermeiro de família e o médico de família, encaminhamos para as consultas... (E_{6FG}).

Na Figura 6 representam-se os núcleos de sentido que emergiram de significados explícitos e implícitos nos enunciados discursivos e que constituíram os temas identificados nas representações sobre a *praxis* dos enfermeiros nas diferentes equipas.

Figura 6 – Dimensões das representações sobre a *praxis* dos enfermeiros



A praxis destes enfermeiros desenvolve-se na coexistência de duas culturas:

- Por um lado, há uma ‘Cultura Organizacional’ com propensão à centralidade da gestão e coordenação dos cuidados de saúde (sobretudo na UCSP e USF) e pela dispersão e diluição da hierarquia de enfermagem, e que são percebidas pelos enfermeiros como condicionantes ao desenvolvimento do seu papel e prática colaborativa interdisciplinar na equipa, sobretudo ao ‘poder-agir’ dos enfermeiros;

- Por outro lado, emerge um ‘querer-agir’ determinado por uma ‘Cultura Profissional’ com reconhecimento de ‘saberes’ que conferem autonomia na intervenção aos enfermeiros e uma ‘Autoimagem Profissional’ na qual cada vez mais os enfermeiros se percebem como essenciais nas respostas às necessidades expressas pelos utentes ou ao desenvolvimento de projetos indexados a programas nacionais de saúde, e que parece reforçada com a dinâmica de interdisciplinaridade implementada na UCC.

Na perspetiva da competência profissional é uma *praxis* que demonstra o conhecimento contextual, isto é, da estruturação de relações de poder que afetam o planeamento e decisões da prática de enfermagem, reveladora do ‘querer-agir’ e do ‘poder-agir’ relacionado com o contexto organizacional (White, 1995; Le Boterf, 2005). É uma práxis com algumas particularidades em cada equipa mas globalmente reveladora do ‘saber-agir’ face ao ‘saber-fazer’, independentemente do tipo de unidade de saúde. Transparecem como saberes indispensáveis à prática os já construídos, conhecidos e dominados, articulados com os que agregam a análise e incorporação do imprevisível, do incontrollável, da diferença e singularidade de cada utente, família ou situação (Le Boterf, 2003; Vale, Pagliuca & Quirino, 2009).

Na perspetiva dos saberes profissionais, os enfermeiros conjugam os inerentes ao cuidado técnico-científico, do agir de forma eficiente e eficaz com domínio da técnica e instrumentalização profissional, com o ‘saber mobilizar, combinar e transferir’ recursos individuais e em rede para responder a uma finalidade, visíveis nos padrões de cuidar que incluem práticas de assistir, apoiar, ensinar, capacitar, educar, formar e encaminhar, convocando o ‘saber ser’ e ‘saberes que e como fazer’, revelando entrosamento do conhecimento pessoal, ético, empírico e estético. Evidencia um ‘saber que’, adquirido através da formação mas refinado, confirmado, modificado na experiência profissional, com desenvolvimento do ‘saber como’, o que na perspetiva de Benner (2001) pode ser considerado um conhecimento pessoal. Contudo, a relação entre este conhecimento e a

linguagem utilizada pelos enfermeiros para nomear a sua prática não é colocada em evidência apesar de se registrar a apropriação de conceitos centrais da linguagem proposta pela Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE). Tome-se como exemplo o termo ‘ensinos’, usado de forma generalizada por todos os enfermeiros participantes para referir um conjunto de intervenções que na prática vão para além do tipo de ação ensinar, como sejam o instruir, o treinar (ICN, 2011), mas que são omissas em função da valorização da informação (dar informação).

Como defende Queirós (2014), o pensamento concetual em enfermagem evolui e tem evoluído num percurso plural (de forma teórica e metodológica) que tem ainda de ser apropriado pelos enfermeiros. Assim, se no ‘perfil de práticas’ na USF e UCSP estão implicados o uso instrumental dos ‘saber ser’ e ‘saberes que e como fazer’, transparece a necessidade de identificar e nomear estes saberes constituídos diante da complexidade do atendimento pelos enfermeiros, dando-lhes visibilidade na globalidade dos cuidados de saúde prestados pela equipa multidisciplinar. Na UCC parece emergir o uso destes saberes (saber ser, que e como fazer), como reforço simbólico da ‘Autoimagem Profissional’ associada à coordenação e liderança na gestão da intervenção multidisciplinar, embora pareça não haver consciência de outros saberes (saber mobilizar, combinar e transferir recursos individuais e em rede) que configuram também as competências que o enfermeiro integra no seu papel no processo de cuidados de saúde.

2. DO PAPEL OCUPADO AO DESEMPENHADO

Em qualquer das três unidades funcionais o ‘papel ocupado’ pelo enfermeiro deriva da transposição das suas competências profissionais para um conjunto de instrumentos formais explícitos. Tanto a USF, como a UCSP ou a UCC, regem-se por regulamentos internos e planos de ação que traduzem os seus programas de atividades na prestação de cuidados de saúde e englobam o respetivo compromisso assistencial que consagra as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa. Na USF emerge com clareza o ‘papel ocupado’ pelo enfermeiro, estando explicitamente identificado como enfermeiro de família que assume uma lista de utentes em concertação com o ficheiro do médico de família com quem constitui equipa. Na UCSP este papel encontra-se diluído no compromisso de cooperação interprofissional para garantir a acessibilidade, continuidade e globalidade de cuidados de saúde personalizados e individualizados aos utentes inscritos em cada uma das unidades assistenciais descentralizadas. Na UCC, está regulamentado que os enfermeiros que a constituem têm de deter, tendencialmente, formação especializada, para que assegurem a diferenciação da sua resposta às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (Decreto-Lei nº101/2006).

É o compromisso assistencial que funciona como orientador do desempenho profissional do enfermeiro no seio de cada equipa, ou seja, do ‘papel desempenhado’ e dos subpapéis que lhe estão associados. Tendo como referencial a conceituação de Hardy and Conway (1988), pode inferir-se que são os próprios enfermeiros que edificam este ‘papel desempenhado’ de acordo com as respetivas interpretações do seu próprio papel profissional, isto é, de acordo com o seu próprio ‘papel identitário’, daí resultando também a assunção e desenvolvimento de diferentes subpapéis funcionais por cada enfermeiro. Para os outros profissionais e para os utentes, é o comportamento do enfermeiro e as suas atividades e intervenções observáveis que o diferenciam e que discriminam o seu ‘papel desempenhado’.

2.1. AS ‘PRÁTICAS’ E ‘COMPETÊNCIAS’ DIFERENCIADORAS DO ENFERMEIRO PARA OS UTENTES

A abordagem aos utentes não constituiu dificuldade mas ao solicitar-se o seu consentimento para a entrevista notou-se alguma inibição e ceticismo sobre o valor da sua participação no estudo sobre o papel do enfermeiro, o que fez com que inicialmente não manifestassem espontaneamente disponibilidade para participar. Após explicação sobre a importância e interesse da sua experiência enquanto utilizador dos cuidados naquela unidade funcional de saúde e particularmente dos cuidados proporcionados pelos enfermeiros, de imediato acederam a participar e deram o seu consentimento para serem entrevistados sem qualquer reserva. Sendo a efetiva utilização dos cuidados de saúde no último ano, nomeadamente a frequência de procura de cuidados, um dos critérios que presidiu à seleção dos utentes, relativamente à UCC acabou por incluir-se na amostra apenas utentes da ECCI e dos programas de intervenção comunitária direcionados para as situações de vulnerabilidade e de recuperação funcional. Da análise da informação recolhida através da entrevista não emergiram diferenças nas perspetivas dos utentes perante a sua experiência de utilizadores da USF, UCSP ou UCC, daí optar-se pela descrição e interpretação dos achados de modo global sem discriminação por unidade funcional de saúde.

Ao incitar os utentes a falarem sobre o papel do enfermeiro, sobre o modo como percebem as suas funções e responsabilidades, surgiram naturalmente discursos orientados para um conjunto de atividades, conforme se percebe pelos seguintes excertos:

Desde que frequento aqui as consultas apercebo-me que há atividades que são realizadas com mais frequência pelas enfermeiras e outras pelos médicos (...) as enfermeiras têm uma consulta prévia à consulta do médico onde medem os parâmetros necessários, como o peso, a altura, a tensão arterial (...) também ajudam o médico durante a citologia... (U13);

... faz umas perguntas, o que comemos, se fumo, se bebo, etc. (U12);

A enfermeira vê-nos os pés, mede-nos, tira-nos o peso, mede depois a barriga, depois passa para o médico e ele só vê no computador... (U9);

... vacinas ou tratamentos, por exemplo, uma injeção ou um penso... (U4);

A parte da vacinação, o fazer os pensos (...) a parte ginecológica da mulher também passa um bocadinho pela enfermagem... (U5);

... só as vacinas é que é sempre a enfermeira (...) depois a enfermeira é mais ensinos (...) vai lá a casa ver a minha mãe e fazer os ensinos... (U11);

... vai a casa da minha irmã fazer os pensos ao meu pai que está na cama... (U12);

As visitas nos domicílios (...) os cuidados continuados também já fazem... (U3).

Estas referências objetivas das funções do enfermeiro remetem para um perfil de práticas onde começam a despontar áreas de diferenciação no seu ‘papel desempenhado’, não só próprias do cuidado terapêutico ou instrumentalizado como as intervenções inerentes à vacinação, execução de pensos e avaliação de parâmetros bioantropométricos, mas também reveladoras de outras formas de cuidado expressas nos “ensinos”. Na explicitação de alguns utentes é perceptível a intervenção do enfermeiro centrada na orientação e capacitação para o autocuidado de utentes e cuidadores informais:

... explica muita coisa e aconselha sobre o que fazer para além de tomar a medicação... (U12);

... ensinou-me a usar a maquina e a fazer a picada, explicou-me o que devia comer (...) quer que eu ande... (U6);

... frequentava as consultas de planeamento. O médico prescreveu-me a pílula mas antes a enfermeira explicou-me outros métodos... (U13);

Quando a minha mãe precisou de levar insulina foi a enfermeira que me ensinou como fazer, ensinou-me a mim e a ela e depois ensinou também à minha mulher (...) com a minha filha, quando venho à consulta, a enfermeira vai fazendo ensinos e não fala só para a mãe, faz questão de se dirigir a mim como pai... (U11);

Venho com o meu marido às consultas, assisto á formação que eles dão sobre a alimentação, os cuidados com os pés, sobre todos os cuidados que devem ter... (U2);

A enfermeira C. vai muitas vezes fazer-lhes visitas lá a casa, para mudar a algália ao meu sogro e para ensinar à minha sogra como cuidar dele... e ao meu sogro também, como é que ele pode ir colaborando... (U13).

Destes discursos sobressai, ainda, a identificação do enfermeiro enquanto profissional que desenvolve as suas atividades no espaço físico do CS mas que é também quem se desloca para o exterior e visita o utente no seu domicílio. Começa também a despontar a consciência de que as intervenções do enfermeiro ocorrem num contexto profissional próprio e individualizado - a “consulta de enfermagem”:

Marcava consulta só para a médica mas era sempre vista também pela enfermeira... fazia sempre uma consulta primeiro com a enfermeira e muitas vezes voltávamos a estar outra vez com a enfermeira (...) então tenho vindo tanto à consulta com a médica como com a enfermeira. (U₁₁);

Quando me apareceram os diabetes comecei também a vir à consulta da enfermeira ... (U₆);

... a enfermeira é que me marcou para cá vir, hoje é a primeira vez que venho aqui à consulta dos pés para a enfermeira me ver as unhas... (U₉);

... a enfermeira já falou que se a minha tensão não descer temos que marcar umas consultas com ela, para vigiar a tensão e para conversar comigo... (U₁₂).

Implícita nos discursos dos utentes está, também, a menção dos aspetos subjetivos do ‘papel desempenhado’ do enfermeiro, com reconhecimento das suas competências clínicas e científicas como ilustram estes excertos:

O enfermeiro percebe mais como tratar uma ferida... (U₄);

O médico é mais teórico do que os enfermeiros, os enfermeiros têm mais experiência... (U₈);

Nos pensos, a enfermeira sabe muito bem o que fazer, é muito competente (...) sabem que produtos pôr no penso e sabem fazer bem (...) têm uma mãos de fada e a coisa parece fácil mas não é, o penso tem ali umas voltas que não é qualquer um que as faz (...) nunca ficam só pelo penso, vão sempre explicando e ensinando o que nós devemos fazer para ajudar a fechar a úlcera... (U₁₂);

... quando estava grávida, tive que andar a levar injeções na barriga e foi a enfermeira que me explicou, depois eu tive que fazer em casa, eu dizia que não era capaz e a enfermeira dizia que era e fui, depois de ela me ensinar... (U₁₀);

... uma vez também tivemos uma reunião com as enfermeiras lá escola, foram lá falar sobre os acidentes dos miúdos e ensinar como todos podíamos ajudar a prevenir... (U12).

As competências interpessoais, relacionais e culturais do enfermeiro sobressaem igualmente como elemento distintivo do seu ‘papel desempenhado’:

O enfermeiro é fundamental, está mais próximo do doente. Em muitas situações contata mais vezes com o doente do que o próprio médico... (U2);

... quando eu me cortei no dedo tive um contato muito mais próximo com o enfermeiro do que com a médica em si ... e achei fenomenal porque tiveram todo o cuidado de me acalmar, de falar comigo, de perceber como é que era e como é que não era... (U5);

... acabam por estar um bocado mais perto dos jovens... (U8);

... principalmente com crianças, quando vêm às vacinas ou á consulta urgente as enfermeiras conseguem acalmá-los (...) são calmos, fazem logo alguma coisa que sossega ou distrai as crianças, conseguem transmitir segurança aos pais... (U13);

O enfermeiro tem uma maneira diferente, está sempre mais um bocadinho com os doentes, a conversar, fica sempre a acalmar, não tem pressa... (U7);

... estão sempre disponíveis, nós temos de marcar não é, mas se houver um dia que a gente não possa naquele horário também não ficamos com o penso por fazer, qualquer uma das enfermeiras arranja sempre maneira de fazer noutra altura... (U12);

... estão sempre disponíveis! Há aquele jeitinho, o cuidado que têm, aquele sorriso, aquela maneira de falar ... (U3);

... as enfermeiras têm um ‘dom’ para falar com cada um de maneira diferente... (U11).

Desta representação do ‘papel desempenhado’ do enfermeiro sobressai inicialmente um subpapel profissional de ‘prestador de cuidados’ maioritariamente assente em aspetos objetivos do seu perfil de práticas associadas aos saberes práticos. Lopes (2001) defendeu que a valorização das competências clínicas do enfermeiro, associadas ao ‘saber fazer’, ao trabalho de execução, podem remeter para uma posição estrutural de

dependência funcional na produção de cuidados de saúde, contudo não parece ser esse o significado para estes utentes. Progressivamente foram surgindo nas entrevistas algumas subtilezas discursivas que indicam uma mudança na representação reducionista destas funções, indo para além da sua interpretação enquanto exercício técnico ou prático ligado a um único tipo de saber, o ‘saber-fazer’, mas emergindo como distintivas do campo específico do exercício profissional dos enfermeiros com reconhecimento de outros ‘saberes’ que o enfermeiro conjuga no desenvolvimento das intervenções.

Ao subpapel profissional de ‘prestador de cuidados’ estes utentes começam a interligar o de ‘educador para o autocuidado’ que deu visibilidade às competências científicas do enfermeiro, inerentes ao ‘saber que’, e fez emergir a componente subjetiva da intervenção do enfermeiro colocando em evidência as suas competências interpessoais e relacionais intrínsecas ao ‘saber ser’, como ilustram as palavras deste utente:

Qualquer dos enfermeiros que vai lá a casa cumpre sempre o seu papel, que é de acompanhar, de orientar, de ensinar, de apoiar... se a minha mãe ainda não tem nenhuma ferida é porque as enfermeiras nos ensinaram como cuidar dela... como lhe dar banho, virá-la de tempos a tempos, como por as almofadas, ir-lhe dando líquidos... não é só como dar a insulina que é importante... (U₁₁).

Na USF e na UCSP os utentes são preferencialmente atendidos pelo enfermeiro de família ou de referência e na UCC por um dos três enfermeiros que a constituem a tempo integral, daí que apesar de a maioria dos utentes se referir aos enfermeiros no global, em alguns discursos é perceptível que para esta imagem profissional muito contribui a experiência singular deste atendimento de enfermagem personalizado:

Tenho maior contato com enfermeira M (...) Quando o meu bebé nasceu a enfermeira M. deslocou-se a minha casa... o que foi ótimo! (U₃);

... a enfermeira S. é que é a nossa enfermeira de família e quando nasceu a minha filha comecei também a vir com ela e com a minha mulher à consulta da enfermeira S. (...) gosto da maneira como ela lida com a gente... (U₁₁);

... a enfermeira C. vai muitas vezes fazer-lhes visitas lá a casa e os meus sogros confiam muito nela e ela dá-lhes muito apoio... (U₁₃).

Parecem confirmar Urteaga (2008), que afirmou que ainda que a confiança dos utentes resida na profissão a atribuição de competência é concreta e individualizada, e ao

perceberem positivamente as competências das respetivas enfermeiras de família acabam por extrapolá-las para a profissão e para a imagem social que sobre ela vão construindo.

Estes utentes parecem valorizar a habilidade demonstrada pelos enfermeiros para conjugarem as suas diferentes capacidades, as diferentes atitudes que têm e as informações que mobilizam consoante cada situação, reforçando as declarações de Benner (2001) relativas ao facto de a prática de enfermagem evidenciar sempre os seus múltiplos ‘saberes’ apesar de ser um processo dinâmico e intrincado. Nos seus discursos é perceptível o reconhecimento da inteligência prática do enfermeiro, defendida por Le Boterf (2003) como ‘saber-agir’, que demonstra o saber interpretar para saber o que fazer na tomada de decisão perante distintas situações de cuidados e em diferentes contextos, e muitas vezes diante do imprevisto, o que parece reforçar a sua competência profissional e ressalta como particularidade inerente à imagem profissional que constroem sobre o enfermeiro. Assim, há indícios de que no núcleo fundamental da representação da imagem profissional do enfermeiro começam a deixar de estar ocultos um conjunto de competências e atributos abstratos e subjetivos, como o conhecimento, a proximidade, a disponibilidade, a empatia e a capacidade comunicacional, surgindo valorizados e integrados com os atributos objetivos no agir profissional.

Na diferenciação que os utentes fazem do ‘papel desempenhado’ do enfermeiro emergem perspetivas que lhe atribuem uma conjugação dos subpapéis de ‘prestador de cuidados’ e de ‘educador para o autocuidado’ desenvolvido sobretudo na unidade funcional de saúde através da consulta de enfermagem e atendimento ambulatorio, e no domicílio do utente e famílias através da visita domiciliária.

No desempenho integrado destes subpapéis os enfermeiros combinam as suas competências clinicas, científicas, interpessoais, relacionais e culturais, mobilizando os seus múltiplos ‘saberes’, intrínsecos ao conjunto de práticas profissionais em cujo perfil surgem de forma explícita a vacinação na infância e a gestão da situação vacinal ao longo da vida, e a gestão de cuidados terapêuticos a doentes com feridas em regime ambulatorio. Começa a despontar a perceção da existência de uma consulta de enfermagem embora com interpretações diferentes das atividades aí desenvolvidas pelo enfermeiro: enquanto alguns utentes se referem exclusivamente a procedimentos inerentes à avaliação de parâmetros no âmbito da monitorização da diabetes, da hipertensão e risco cardiovascular, ou dos rastreios da saúde da mulher e da vigilância

em saúde infantil, outros fazem alusão à educação para a saúde e ao aconselhamento, sobretudo em utentes em situação de doença crónica ou de dependência com menção da capacitação de familiares e cuidadores informais. Para além da consulta de enfermagem surge identificação da responsabilidade do enfermeiro pela gestão dos cuidados prestados com recurso a visita domiciliária.

Este enquadramento parece resultar da valorização conferida pelos utentes a atributos abstratos e subjetivos do agir profissional do enfermeiro, como a disponibilidade sempre demonstrada para atender os utentes e os familiares quando necessitam e para responder às suas solicitações em matéria de cuidados de saúde, a noção de proximidade que transmitem e a empatia que demonstram no encontro e na relação com os utentes e as famílias, a facilidade com que comunicam e a capacidade em explicar as situações e ‘ensinar’ os cuidados, que parece estar a colocar novas perspetivas ao ‘papel funcional’ e imagem social do enfermeiro que estes utentes correlacionam e nesse sentido se influenciam e potenciam mutuamente.

2.2. OS ‘SABERES’ E ‘FAZERES’ ATRIBUÍDOS PELOS OUTROS PROFISSIONAIS

A perspetiva dos assistentes técnicos e dos médicos sobre o ‘papel desempenhado’ pelo enfermeiro centrou-se essencialmente na sua convivência no âmbito da USF e da UCSP. Apenas um de cada destes profissionais integra a UCC e a tempo parcial, o que aliado ao efetivo período de funcionamento desta unidade e ao modo de laboração e organização das atividades pode ter contribuído para a sobreposição da perceção das funções do enfermeiro nas outras duas unidades de saúde.

Quando se solicitou aos assistentes técnicos que falassem sobre o papel e funções do enfermeiro na respetiva unidade funcional foi perceptível alguma dificuldade na organização espontânea dos seus discursos, que inicialmente surgiram evasivos ou vagos:

Nós trabalhamos em equipa, sempre tivemos um bom relacionamento... as funções já se sabe quais são... (A3);

Funcionam espetacular e temos uma boa harmonia... (A4);

Normalmente é... ai não sei muito bem especificar isso... elas fazem o atendimento aos doentes que vêm... (A₂);

Faz uma avaliação da situação de cada doente, ou seja o utente expõe a sua situação e o enfermeiro procura dar-lhe resposta imediata... (A₇);

...é tratar do utente, trabalhar em equipa com o médico e o administrativo... e com o utente não é! (A₈);

No fundo o enfermeiro auxilia, trata e encaminha os utentes para o médico... (A₆).

Só após reformulação da questão e alguma insistência começaram a surgir as referências objetivas ao modo como percebiam o trabalho do enfermeiro no dia-a-dia. Os discursos dos assistentes técnicos sobre as funções do enfermeiro orientaram-se num primeiro momento para as funções assistenciais com um carater mais curativo às quais foram incorporando outras características da prática profissional, como ilustram estas passagens que se extraíram:

Tudo o que sejam tratamentos... ver se o doente tem as vacinas em dia... tratamento de unhas caso dos diabéticos... tratamentos são eles que fazem, domicílios são eles que fazem...eles já têm consultas de enfermagem, (...) tudo passa primeiro por elas antes de ir para a consulta médica ... (A₁);

Vacinas, situações de tratamento... os enfermeiros estão sempre na primeira linha nas situações agudas... se vêm com cortes, queimaduras já são logo encaminhados para o enfermeiro e só depois para os médicos... (A₂);

Vacinas, para dar a pílula... quando vêm com coisas pequenas, uma picadela, pequenos acidentes... os domicílios, os enfermeiros têm sempre a sua dose de domicílios diariamente... (A₄);

Faz tudo, portanto... pensos, injetáveis... fazem a triagem antes de irem para o médico, por exemplo com crianças, com planeamentos, com grávidas, diabéticos... na triagem dos diabéticos medem, pesam, fazem a picadinha no dedo a ver se as pessoas têm sensibilidade ou não, medem tensões e isso tudo... fazem domicílios às pessoas que estão acamadas, que não se podem deslocar... (A₅).

Em alguns discursos começaram a despontar outras perceções da prática profissional do enfermeiro, surgindo tanto de forma isolada no decorrer das falas como de uma forma mais encadeada na descrição das funções do enfermeiro:

Por vezes há utentes que chegam com dúvidas na toma de medicamentos... o enfermeiro faz uma avaliação e orienta sem precisarem de ir ao médico... (A7);

... dar-lhe conselhos, elucida-lo sobre alimentação e tudo o mais, aos diabéticos e não só ... conversas com os pais a elucida-los sobre alimentação e tratar do bebé... sessões que os enfermeiros até façam... rastreios e sessões de esclarecimento... (A1).

Faz tratamentos e injetáveis, e toda a outra parte que muitas vezes é de aconselhamento... estas são as principais, a responsabilidade deles é tratar os doentes... há muito outro trabalho, não é só os pensos, os injetáveis e as sondas...agora também muitas vezes servem de assistentes sociais... o ouvir o utente também é muito importante e eles também o fazem. (A3).

Apenas um assistente administrativo fez alusão também às funções do enfermeiro na UCC:

Faz diversas coisas além do atendimento aos doentes... encaminha crianças com maus tratos, pode sinaliza-los para as entidades competentes, por exemplo para a CPCJ e trabalha com o SNIPI... também dá apoio à comunidade, faz parte de alguns projetos. (A6).

Nas suas expressões alguns assistentes administrativos foram evidenciando também as qualidades do agir profissional dos enfermeiros:

O enfermeiro está sempre disponível e, por norma, os médicos não querem ser interrompidos na consulta... se for o enfermeiro interrompe mais facilmente a consulta! (A7);

... está sempre mais disponível, está sempre em circulação e o médico está fechado no gabinete... a enfermeira é mais acessível, tem outro tipo de relação... (A2);

... estão sempre disponíveis... estão sempre com a porta aberta, ajudam-nos sempre e em especial ao utente... para os utentes os enfermeiros quase que já fazem parte da família... (A4);

... os utentes até é mais com a enfermeira que desabafam os seus problemas, que expõem as suas questões... (A8);

... muito dedicadas aos utentes... é com os enfermeiros que o utente dialoga e também muitas vezes falam dos problemas deles e os enfermeiros também os ouvem... (A3).

O discurso dos médicos revelou-se mais fluido, conciso e integrador das práticas do enfermeiro, embora com diferentes interpretações e gradientes na descrição. Emergiu um consenso no salientar da consulta de enfermagem, através da qual iniciaram a narração das funções do enfermeiro, surgindo depois as referências explícitas a outras atividades e intervenções, notando-se a preocupação no detalhe como exemplificam estes excertos:

Fazem a consulta de enfermagem de apoio tanto na saúde materna, saúde infantil, na consulta de vigilância de hipertensão, de diabetes, tanto no ensino como na parte de apoio na preparação da consulta... faz os controlos biométricos, tratam os pés dos diabéticos... fazem a visita domiciliária ao bebé quando nasce e fazem também os pensos no domicílio. (M₁);

A consulta de diabetes, de saúde infantil, de saúde materna, planeamento... a parte dos pensos, das úlceras, dos injetáveis nos domicílios, portanto do apoio no domicílio, fazem muito a nível de curativa... embora às vezes também façam preventiva mas é mais curativa... (M₂);

Na consulta de enfermagem fazem a parte de avaliação inicial do problema ou do utente, seja qual for a situação, a orientação e a educação para a saúde... os tratamentos, o enfermeiro sabe o que pode e não pode fazer... (M₈);

Têm a consulta de enfermagem onde fazem uma avaliação geral, quer de peso, de altura, avaliam a tensão arterial, fazem uma avaliação do pé nos diabéticos ... os diabéticos orienta-os na alimentação e faz ensinios... na consulta de saúde materna a enfermeira dá orientações e faz esclarecimento das grávidas... na consulta de saúde infantil faz ensino às mães... na de planeamento também faz ensinios sobre contraceção, sobretudo às adolescentes, esclarece sobre o uso de preservativos, a pílula do dia seguinte... (M₃);

Fazem uma pré-consulta de enfermagem... nos hipertensos faz bastante educação e também a parte dos parâmetros biométricos, ela faz algumas medições, da tensão, do perímetro abdominal, do peso... nos diabéticos ainda temos também o pé para avaliar que é uma função que ela assume... nas crianças faz a vacinação, faz as

medições e bastante educação e até tranquilização e educação em relação a qualquer dúvida que as mães tenham... no planeamento também vê o peso, a tensão da senhora, vê se é necessário disponibilizar a pílula... na saúde materna, faz o combur, avalia a tensão o peso... há também as feridas que ela vai acompanhando e úlceras, os pensos que vai realizando... os domicílios que tem marcados para ela... (M4);

Têm essencialmente um papel de aconselhamento... nas consultas em várias áreas como a saúde materna, a saúde infantil, a saúde do adulto em casos específicos de hipertensão, diabetes mas em situações que vêm com pensos para fazer também fazem aconselhamento... não basta dar uma injeção ou fazer um penso, o aconselhamento está sempre presente, dão informação, dão conselhos... na consulta da diabetes faz a medição da tensão arterial, do peso, a enfermeira também vê as análises e diz alguma coisa... fez dieta, não fez, está dar resultado, não está ... (M6).

Ao referirem-se à prática profissional do enfermeiro, os médicos procuram fazê-lo de uma forma assertiva, explícita e objetiva, parecendo querer evidenciar o seu apreço profissional pelo papel do enfermeiro contudo foi também perceptível nas suas palavras o reconhecimento das qualidades interpessoais e relacionais:

... têm um contato próximo com a população... (M5);

A enfermeira acompanha os utentes, conhece-os... (M4);

Dão apoio aos doentes... (M6);

A mais-valia do enfermeiro é a relação com o utente... a maneira como se apresenta, como interage com ele... (M8);

... os enfermeiros já vêm mais preparados para lidar com os doentes, para perceber as suas capacidades, lidar com as suas competências, com a gestão do seu próprio regime... (M7).

Uma primeira leitura aos discursos dos assistentes técnicos e médicos parece reveladora de diferenças entre as suas perspetivas sobre o ‘papel desempenhado’ pelo enfermeiro na equipa de saúde mas após uma análise mais detalhada emerge uma convergência nos aspetos centrais. Surge alguma concordância na delimitação do perfil de práticas do enfermeiro, no qual começam a despontar algumas áreas de diferenciação de funções pelo reconhecimento de competência clínica e científica, nomeadamente para a gestão

da vacinação, de cuidados terapêuticos e a feridas, e de cuidados prestados a doentes com feridas ou dependentes com recurso a visita domiciliária, o que parece conduzir á atribuição predominante de um subpapel de ‘prestador de cuidados’. Em crescendo parece estar o reconhecimento do ‘papel de educador para o autocuidado’ dos utentes e familiares cuidadores, com reconhecimento expressivo por parte dos médicos, sobretudo pela valorização de um conjunto de atributos subjetivos, dos quais sobressaem a proximidade, a empatia e a capacidade comunicacional, que consideram que o enfermeiro conjuga com a sua competência clínica e científica nas consultas de enfermagem e no aconselhamento seja no âmbito da vigilância de saúde e rastreios na saúde da mulher e saúde infantil, ou a capacitação em situação de doença crónica como a hipertensão e a diabetes. Os assistentes administrativos não evidenciaram explicitamente este subpapel mas parece estar implícito no reconhecimento da acessibilidade que os utentes têm ao enfermeiro e da sua proximidade e disponibilidade para os escutar, apoiar e aconselhar.

A perspetiva destes profissionais sobre o ‘papel desempenhado’ do enfermeiro parece decorrer da observação do ‘fazer’ do enfermeiro, que na USF e UCSP e na ECCI da UCC procura responder às necessidades expressas pelos utentes e famílias e no cumprimento da contratualização e do compromisso assistencial básico de cada unidade de saúde, o que parece ter influenciado representação da sua prática numa perspetiva predominantemente assistencial. Mas como refere Gómez (2009) as práticas profissionais não existem por si mesmas nem são produto da institucionalização, são configuradas através da forma como cada enfermeiro as desenvolve conferindo-lhe outra visibilidade e inteligibilidade, o que para Urteaga (2008) pode desocultar outros saberes no agir profissional.

Efetivamente, embora evidenciando as práticas profissionais mais relacionadas com o cuidado instrumental, ambos os grupos de profissionais deixam transparecer o reconhecimento de que este cuidado é permeado por outros ‘saberes’ que o enfermeiro integra no conjunto de intervenções que desenvolve com os utentes, familiares e os outros prestadores de cuidados, corroborando Pires (2007) e Queirós (2014) acerca da complexidade da *práxis* do enfermeiro e sobre a multidimensionalidade de padrões de conhecimento em uso pelos enfermeiros, que mesmo ao tratar não deixam de cuidar independentemente da circunstância ou contexto em que o faça. Ao realçarem as múltiplas formas da relação de cuidado que o enfermeiro demonstra transparece a

preocupação destes profissionais em evidenciar a competência profissional que o enfermeiro revela nas suas práticas, competência essa que no dizer de Perrenoud (2007) é mais flexível do que um ‘saber-fazer’ abrangendo a capacidade que o enfermeiro tem de mobilizar os seus diferentes saberes, capacidades, atitudes e informações para enfrentar as diversas situações do seu cotidiano profissional.

2.3. AS ‘FUNÇÕES’ E AS ‘PRÁTICAS’ VALORIZADAS PELOS ENFERMEIROS

Foi perceptível o interesse dos enfermeiros em participar no estudo e durante as entrevistas foram expressando a sua satisfação pela oportunidade de dar visibilidade à prática profissional dos enfermeiros na área dos CSP, cuja representação social consideram não refletir a realidade. Independentemente da unidade funcional de pertença todos se mostraram recetivos a partilhar a sua experiência mas não lhes foi fácil explicitar as suas funções surgindo a maioria dos discursos inicialmente vagos e evoluindo entrecortados por momentos de pausa nas falas, eventualmente na procura das melhores palavras para se expressarem ou então em resultado da necessidade de gerir a sua autoanálise provocada pela questão que lhes tinha sido colocada. Eis alguns exemplos ilustrativos do gradiente das falas sobre as funções do enfermeiro na USF e na UCSP:

Prestação de cuidados naquilo que o utente me vier questionar e solicitar em termos de tratamentos... ensinios... (E7);

Temos várias funções, temos alguns domicílios na área preventiva para prevenção de quedas, de úlceras de pressão... fazemos a curativa... faço a parte curativa, os tratamentos, as consultas... (E10);

As minhas funções são a prestação de cuidados de enfermagem, desde a parte do recém-nascido, portanto da saúde infantil, até á idade adulta e ao idoso, acompanhando as várias vertentes... (E6);

Nós prestamos cuidados... cuidados de enfermagem nas situações de doença ou nas situações aguda, por exemplo, uma cólica renal damos a medicação de acordo com o que o médico prescrever... fazemos a parte da prevenção, fazemos consultas de saúde materna de diabetes, de planeamento familiar... (E2);

A função principal é a prestação de cuidados direta ao utente... o enfermeiro na USF tem hipótese de ver desde que a criança nasce, ou até mesmo desde que a mulher engravida, e acompanhamos pela vida toda o bebé, os pais, em termos de doença e em termos de prevenção, fazemos a promoção da saúde, temos a vacinação, temos os ensinamentos... fazemos os tratamentos no ambulatório... temos as situações do doente com uma doença crónica que precisa de tratamento injetável e fazemos o seguimento e administramos os injetáveis, temos um idoso, ou mesmo uma pessoa nova, que precisa de uma avaliação, nós avaliamos e fazemos a continuidade, faço os ensinamentos, que são tão importantes... (E3);

As minhas funções vão desde o planejar as minhas atividades e cuidados aos utentes que englobam muita coisa... tenho o apoio domiciliário, as visitas domiciliárias, curativas, preventivas, de vigilância... tudo o que aparecer de situações agudas... depois dentro do ambulatório eu tenho agendamentos diários para cada atividade, por exemplo a consulta de enfermagem de diabetes, pensos, injetáveis, vacinação, avaliações de tensão arterial, ensinamentos a familiares de pessoas que estão em casa acamadas e que precisam de orientação... (E8).

Na elucidação sobre as consultas de enfermagem e exemplificação do seu conteúdo e desenvolvimento, surgiram algumas narrativas esclarecedoras das áreas em que ocorrem e dos ‘fazer’ do enfermeiro, umas com descrições mais generalizadas e outras mais detalhadas conforme ilustram os excertos seguintes:

... a nível da família não fazemos basicamente nada... ou se calhar até fazemos, fazemos mais na consulta de saúde infantil, se calhar aí também cuidamos um bocadinho da família, cuidamos dos pais quando estão mais frágeis, com aquela ansiedade de que não sabem fazer muita coisa... se calhar também cuidamos da família quando fazemos domicílios, se calhar até cuidamos... (E9);

Nas consultas de enfermagem... faço a parte dos ensinamentos, que ocupam a parte principal uma vez que estamos na área da prevenção, e depois a avaliação de todos os parâmetros, como o peso, os percentis, a estatura, a avaliação de desenvolvimento, a administração de vacinas... tento também saber como estão a fazer a medicação, se estão a fazer a posologia correta, se estão a responder aos valores da glicémia em jejum, vejo se estão a fazer a autovigilância corretamente

porque somos nós que fazemos todo o ensino para que em casa façam a avaliação da glicémia capilar, alguns não têm capacidade e então ensinamos o cuidador... (E6);

... fazemos preventiva de diabetes, de hipertensão, de planeamento, de saúde materna e de saúde infantil... o próprio sistema informático tem um mapa de cuidados e aparece-nos logo consoante a consulta todos os parâmetros que tenho que avaliar, mas independentemente disso eu olho para a pessoa que tenho à frente, por norma eu já os conheço quase todos, e não me limito a preencher só aquilo, avalio os parâmetros e faço ensinamentos direcionados, específicos, personalizados àquela pessoa que tenho à frente...os doentes acabam por nos colocar dúvidas a partir dos valores das análises e que não colocam ao médico... (E4);

Por exemplo, no planeamento familiar para além de fazermos a avaliação estatoponderal, o peso, o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, a tensão, fazemos ensinamentos adequados à situação, sobre a palpação da mama, sobre contraceção... qualquer dúvida que a grávida ou a senhora tenha... ajudamos o médico na realização da citologia, isto no planeamento... na grávida além do peso e isso, também fazemos ensinamentos de acordo com o tempo de gestação da grávida... (E2);

Por exemplo na consulta da diabetes avaliamos o peso, a tensão arterial, o índice de massa corporal, avaliamos os pés e fazemos os vários ensinamentos relativos à diabetes... nessa consulta eu faço também a avaliação das análises, vejo a hemoglobina glicada, tento explicar à pessoa se está dentro dos parâmetros normais, o que é que aqueles valores significam, até para a partir daí começar os ensinamentos vendo com eles o que pode estar a influenciar aqueles resultados... (E5);

... para além da vigilância dos parâmetros físicos, o peso, o perímetro cefálico, a estatura, há uma ênfase muito grande nos parâmetros não físicos ou seja na avaliação psicológica e do desenvolvimento da criança e comportamental da mãe... fazemos também a abordagem à família, e digo família porque as crianças hoje em dia já vêm também acompanhadas pelo pai, abordagem no sentido da educação desde a alimentação, o desenvolvimento, a relação que se cria entre os pais e a criança, os momentos chave a que os pais devem estar atentos no desenvolvimento da criança... na consulta do adulto e do idoso, salientam-se mais os aspetos relacionados com a doença crónica, que deve ser controlada, na questão à adesão terapêutica, no que diz respeito à gestão da terapêutica e educação para a saúde,

são aspetos que estão presentes no dia-a-dia e são tidos em consideração se calhar com mais ênfase... (E₁₁).

Após a exposição inicial das suas funções principais na equipa, os enfermeiros da USF foram mencionando outras funções que desempenham na unidade:

... também fazemos a gestão de ficheiro... e a gestão de material... (E₁);

... também faço a gestão de material, faço o pedido de material, recebo material e giro as entradas e saídas... a convocação para vacinação, vemos as senhoras que precisam de fazer rastreios e convocamo-las... fazemos isto e mais coisas... (E₂);

... com esta nova filosofia das USF o enfermeiro acaba por ter uma função que é a de gestor porque aquela função que anteriormente era do enfermeiro chefe, que fazia a gestão de todos os cuidados, agora essa responsabilidade passou para a equipa. (E₃);

Os enfermeiros fazem muita coisa que não deveriam fazer... por exemplo, nós é que temos de pedir os materiais, ver o que há em stock, saber quais as quantidades que se podem pedir, preencher os formulários de pedido no computador... e depois quando chega o material arrumá-lo todo... (E₄);

Também faço outras atividades aqui na unidade... sou responsável pelo programa de planeamento familiar, ou seja, tudo o que diz respeito em termos de elaboração de boas práticas, de protocolos de atuação na consulta de enfermagem, de registo de indicadores e elaboração de relatórios... em conjunto com outra colega também sou responsável pelo programa de vacinação e fizemos um projeto de boas práticas e alguns panfletos, para além de recolhermos toda a informação e elaboramos os indicadores e relatórios... sou a gestora do programa informático... sou responsável pela gestão do material de farmácia, faço a requisição mensal, o registo informático das entradas e saídas do material... faço parte de um projeto de auditoria do tempo de espera para a consulta de enfermagem e consulta médica... (E₅).

Para além destas funções mais direcionadas para os aspetos organizacionais e de gestão, alguns enfermeiros referiram ainda as suas funções no âmbito da formação, quer em contexto da formação contínua na equipa da USF quer na colaboração da supervisão clínica de estudantes de enfermagem:

Também participo na formação em serviço, com trabalhos que preparo e apresento aos colegas, depois cada um de nós é responsável por um programa, por exemplo da diabetes ou dos cuidados no domicílio, somos o elo de ligação no ACeS para essa área, temos que ir acompanhando como se vai desenvolvendo aqui na unidade, vamos a formação específica e transmitimos aos colegas o que há de novo... (E6);

...sou mentora de um projeto de formação em serviço, sobre comunicação com o utente e sou enfermeira tutora de estudantes de enfermagem no ensino clínico... (E5);

... faço reuniões quase todas as semanas com os estudantes que estão a fazer o Ensino Clínico e de quem sou tutora, reunimos também com as professoras quando é necessário e para fazermos as avaliações dos estudantes... (E4).

A mesma tendência para iniciar de forma pouco elucidativa o discurso sobre as suas funções observou-se nos enfermeiros da UCC:

A função do enfermeiro na UCC é muito importante logo por ser uma unidade direcionada para a comunidade e pela sua área de intervenção em grupos com necessidades específicas no âmbito da ECCI... portanto atuamos através de projetos, por exemplo na saúde escolar e na intervenção precoce em crianças e jovens em situação de risco na CPCJ, em que o enfermeiro é o representante da área da saúde... atua a nível de orientação em todas as questões relativas à saúde, podendo orientar para a equipa de saúde familiar. (E12);

Estão ligadas aos projetos da UCC portanto atuamos na promoção da saúde e na prevenção da doença... a saúde escolar e depois situações pontuais que nos são pedidas para problemas que às vezes surgem a nível da comunidade por exemplo, avaliação da saúde e intervenção de educação para a saúde com um grupo de jovens... ao nível dos cuidados continuados também ao utente e família no domicílio... ao doente garantimos que são cumpridas as necessidades humanas básicas e à família é essencialmente a parte da educação para a saúde e o aprender a cuidar do doente... na ECCI temos mais tempo, mais disponibilidade para prestar cuidados no domicílio, para ensinar á família e até ao próprio utente, por exemplo o treino para alimentação através de sonda... acabo por prestar também cuidados a feridas, fazer algaliações e às vezes administração de terapêutica para garantir a

adesão terapêutica, eventualmente fazer uma avaliação de glicemia ou averiguar se a família o está a fazer corretamente... (E13).

Quando se solicitou aos enfermeiros que indicassem as práticas mais frequentes para ilustrar as suas funções cotidianas emergiu espontaneamente um conjunto representativo, sobressaindo como as mais mencionadas por todos o registo e documentação das intervenções com recurso ao computador ($f = 14$), as visitas domiciliárias ($f = 13$), as consultas de enfermagem ($f = 12$), o atendimento de utentes através de contato telefónico ($f = 12$) e o atendimento assistencial em regime ambulatorio ($f = 11$). Contudo, a valorização destas práticas por todos os enfermeiros parece não corresponder necessariamente à sua ordenação de acordo com a frequência com que ocorrem na prática diária mas antes ao significado que lhe atribuem uma vez que a ordem com que os enfermeiros de cada unidade funcional evocaram as práticas que ocupam a maior parte da sua atividade no dia-a-dia e ao longo de uma semana revelou diferenças. Apesar de diferirem na ordem de indicação geral, os enfermeiros da USF e da UCSP convergiram na ordenação das práticas que preenchem grande parte da sua atividade, ressaltando por ordem decrescente:

- As consultas de enfermagem - *As consultas com diabéticos, hipertensos, pelo menos na minha equipa ocupam muito do nosso tempo... também temos sempre muitas consultas de saúde infantil, muitas crianças... (E2);*

As consultas de saúde infantil, saúde materna e da mulher no puerpério, as consultas de planeamento, as consultas preventivas na diabetes, na hipertensão arterial, a saúde do adulto... as consultas só para enfermagem, sem ser prévia à consulta médica, também temos...(E3);

As consultas de enfermagem ocupam-me muito tempo, de saúde infantil é que tenho muito poucas... é o comunicar, o conversar, o saber ouvir, leva mais tempo do que preparar a consulta... (E8);

As consultas de enfermagem e a inter-relação que estabeleço com os utentes ocupam-me a maior parte da semana... (E10);

- A execução de pensos, a administração de terapêutica injetável e a inoculação de vacinas – *Execução de pensos e administração de terapêutica fazem parte do nosso dia-a-dia... (E1);*

No dia-a-dia faço tratamentos de enfermagem como penso, injetáveis, tudo isso, tanto na área curativa como preventiva... os cuidados curativos, os pensos, ocupam parte do tempo durante a semana e também a administração de terapêutica injetável. (E6);

... tratamentos há todos os dias... há sempre um ou outro injetável, seja aqui no ambulatório no dia-a-dia, no domicílio ou na consulta de agudos, desde injeções intramusculares, subcutâneas, intravenosas ou até soros... as vacinas também há todos os dias... (E4);

... por questões de organização de serviço faço muitos pensos e nos domicílios, que são quase todos curativos e muito poucos preventivos... (E11);

Os tratamentos ocupam muito tempo, tenho uma população idosa, com muitas úlceras venosas e medicação... (E14);

- O trabalho de registo e anotações nos suportes informáticos em uso no ACeS - *O computador que nos ocupa sempre muito tempo nos registos, para convocações de utentes, a parte do planeamento... (E2);*

Os registos ocupam-nos muito e mesmo assim ainda fazemos poucos, acho que devíamos registar muitas coisas que fazemos e não registamos... (E3);

Passo muito tempo ao computador, a fazer registos, a consultar a lista de marcações e depois os registos anteriores, a fazer convocações, a consultar os programas e protocolos... (E5);

O computador consome muito tempo porque duplicamos registos, temos que repetir tanta vez os mesmos registos em diferentes programas que quadruplicamos desnecessariamente registos que podíamos consultar uns dos outros... (E11);

- As visitas domiciliárias - *Todos os dias temos visitas domiciliárias e às vezes são mesmo muitas... (E1);*

A visita domiciliária de carater curativo temos sempre muitas que ocupam parte do nosso tempo embora vá variando... (E3);

... os domicílios também me ocupam muito tempo porque eu não vou só lá executar, vou fazer um todo... (E8);

- O atendimento através de telefone - *Uso muito o telefone para contatar pessoas, atender os telefonemas que os utentes ou outros façam para nós, às vezes ligo eu para informar de algumas alterações, outras ligam os utentes ou os familiares para tirar pequenas dúvidas. (E4);*

Utilizo muito o telefone para fazer a ligação com os familiares, para orientar e dar informações uma vez que não consigo deslocar-me ao domicílio quando quero. (E7);

Resolvo muita coisa pelo telefone, muitas dúvidas, os doentes contatam-me para os orientar e ajudar... (E10);

O telefone ocupa-me muito tempo e é num sentido positivo, porque muita da comunicação é feita desta forma, e há muita informação que é obtida e dada ao telefone, no sentido de educação ao utente, e que infelizmente não se regista... normalmente é o utente que nos liga mas também somos nós que lhe ligamos algumas das vezes... (E11).

Na UCC são as visitas domiciliárias da ECCI e todo o trabalho de articulação e de suporte telefónico e informático a preencherem grande parte do tempo dos enfermeiros:

As visitas domiciliárias são uma parte importante da nossa atividade ... o trabalho com os cuidadores, em casa, no ensino da prestação dos cuidados que eles possam fazer ou que o utente não pode e que não é necessário que seja o enfermeiro a fazer, ensinar no assistir nas mobilizações, na alimentação (...) muito do trabalho de articulação com as outras unidades e com os parceiros é feito através de contato telefónico ou de correio eletrónico... passo muito tempo ao computador, todo o planeamento, toda a documentação de registo e de avaliação é feito através de registos informatizados... de plataforma informática, a pesquisa para a CPCJ é através das bases de dados nacionais, o planeamento e elaboração das atividades de formação para a segurança social e para as IPSS são no computador... (E13).

Do exposto ao longo deste capítulo ressalta a centralidade do ‘papel desempenhado’ pelo enfermeiro na prestação de cuidados de promoção da saúde, preventivos ou curativos e em regime ambulatorio ou domiciliário, tanto numa perspetiva individual ou familiar, em qualquer uma das unidades funcionais. No atendimento ambulatorio da USF e da UCSP surge a consulta de enfermagem como forma diferenciada de intervenção do enfermeiro e na UCC o atendimento personalizado a utentes portadores

de limitação funcional no âmbito de um dos seus programas de intervenção na comunidade.

Em primeira instância parece emergir um subpapel profissional de ‘prestador de cuidados’ mas ficou bem patente nas palavras destes enfermeiros que a sua intervenção vai para lá do caráter assistencial. Procuram assegurar uma intervenção personalizada, tendo em conta as características específicas e as necessidades em saúde de utentes e cuidadores, centrando-se também na sua orientação e capacitação para o autocuidado pelo que conjugado ao subpapel de ‘prestador de cuidados’ surge o subpapel de ‘educador para o autocuidado’.

O subpapel de ‘prestador de cuidados’ parece decorrer dos pressupostos orientadores do ‘papel ocupado’ para o enfermeiro no contexto da reconfiguração do CS, com a centralidade no cidadão e nas suas necessidades e problemas de saúde, a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde em diferentes contextos, a proximidade às pessoas e o envolver da família nos cuidados, a pro-atividade perante os grupos mais vulneráveis (MCSP, 2007_b), e do seu enquadramento nas normas e regulamentos internos das respetivas unidades funcionais, o que parece confirmar a tese de Nowicki (2015) de que os organigramas institucionais têm propensão a delimitar os papéis profissionais e a direcionar o perfil de práticas e que a tendência dos profissionais é para seguir uma estratégia de profissionalismo na prestação de cuidados de forma a assegurar os interesses da instituição. “... agora cada vez mais nos fazemos valer pelos objetivos (...) para verificar se os atingimos...” (E7), através das palavras deste enfermeiro é perceptível a preocupação pelo cumprimento da contratualização interna de prestação de cuidados de saúde.

Embora pareça que o subpapel de ‘prestador de cuidados’ seja predominante, nos discursos destes enfermeiros ao exemplificarem e descreverem as suas práticas percebe-se que nelas coexistem um cuidado de cariz instrumental conjugado com a intervenção educativa, através de “ensinos” direcionados para o desenvolvimento da capacidade de utentes com diabetes ou outros problemas crónicos se autocuidarem, ou para o desenvolvimento de habilidades de substituição ou ajuda no autocuidado dos cuidadores informais, nos quais se incluem os pais de crianças pequenas, o que faz emergir de forma clara o subpapel de ‘educador para o autocuidado’. Este subpapel envolve um discurso organizado destes enfermeiros o que lhe confere singularidade e começa internamente a delimitá-lo como uma entidade própria do exercício profissional do

enfermeiro, como se percebe pelas palavras deste enfermeiro “... fomos marcando consultas só para enfermagem, para fazermos ensino específicos, muitas vezes com o marido e a mulher juntos... o utente e o cuidador em conjunto... e agora já temos utentes que vêm pedir uma consulta com o enfermeiro sem ser só quando há também a consulta médica!” (E₃).

Desponta uma valorização do subpapel ‘educador para o autocuidado’ por estes enfermeiros, o que pode advir deste reconhecimento social que começa a surgir, mas que pode também ser revelador da crescente consciência de que no seu papel de educador o enfermeiro tem a oportunidade de desvendar junto dos utentes o conjunto dos seus ‘saberes’ para além dos que evidencia nos seus ‘fazeres’ e assim demonstrar mais uma faceta do seu contributo específico na prestação de cuidados de saúde. Parecem corroborar Benner (2001) ao defender que o poder associado às práticas do cuidar depende não só dos conhecimentos e habilidades técnicas demonstrados mas também da forma como se faz a gestão do cuidado em contexto.

Como referiu Gómez (2009), as práticas profissionais não resultam exclusivamente da cultura organizacional ou do conhecimento disciplinar mas surgem em parte pelas condições de visibilidade e inteligibilidade do contexto que os profissionais percebem. A figura do enfermeiro de família no âmbito das USF e UCSP parece estar não só a guiar o comportamento profissional destes enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem globais, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, mas também a contribuir para a compreensão do seu papel e contributo na consecução de cuidados de proximidade, muitos deles desenvolvidos nos domicílios, e numa perspetiva de longitudinalidade durante o ciclo de vida, já transversal em muitos dos seus discursos. Similarmente, na UCC os enfermeiros aparentam orientar-se pelo enquadramento conceptual e legal desta unidade na prestação de cuidados de saúde aos utentes e respetivos familiares cuidadores, quer na situação de dependência física e funcional ou com necessidades de cuidados continuados integrados, através de intervenções específicas nos domicílios, ou no desenvolvimento de projetos de parceria com autarquias e instituições da comunidade e em proximidade com a própria comunidade, mas para além da formalidade é na informalidade que começa a emergir uma perceção sobre a multidimensionalidade do papel do enfermeiro e da sua contribuição na dinâmica transversal do trabalho de cooperação e complementaridade com os diferentes parceiros: “... começam a ver o enfermeiro como parceiro na área da

saúde, e digo isso porque quando precisam de alguma coisa na área da saúde não têm dúvidas em procurar logo um enfermeiro da UCC e não outro profissional...” (E₁₃). Hardy & Conway (1988) referiam que são as interações dentro e fora do sistema organizacional e os comportamentos dos profissionais na sua esfera de ação que distinguem e facilitam o reconhecimento e a valorização do seu papel profissional e que determinam o seu posicionamento na estrutura social dos serviços de saúde.

Mencionaram Pedro Gómez & Morales Asencio (2004) que na equipa é comum que os enfermeiros ocupem cargos e realizam outras funções, assegurando o seu funcionamento e o cumprimento de normas. Com efeito, apesar da prioridade dada por todos os enfermeiros aos subpapéis de ‘prestador de cuidados’ e de ‘educador para o autocuidado’, os enfermeiros da USF indicaram também outras funções que remetem para o subpapel de ‘Gestor’, com responsabilidades na gestão de materiais e do funcionamento operativo ou de programas e projetos da unidade, e para o subpapel de ‘Formador’ tanto interno no âmbito da formação contínua como de parceria na formação clínica em Enfermagem. A forma explícita como os enfermeiros da USF aludiram a estas funções poderá decorrer da própria cultura organizacional da respetiva unidade funcional que apesar da primazia médica na coordenação e gestão parece implicar todos os profissionais nos aspetos organizacionais para além do trabalho multiprofissional na prestação dos cuidados. Nos discursos dos enfermeiros da UCSP e da UCC estão implícitas diversas responsabilidades que sugerem também a sua participação na gestão e na formação mas não surgem por eles valorizados estes dois subpapéis no seu ‘papel desempenhado’, o que pode estar relacionado com a forma de explicitação dessas competências e dessas responsabilidades profissionais nos normativos e regulamentos das respetivas unidades, referindo Vicente (2007) que os elementos gerados e partilhados na cultura organizacional não são visíveis de modo equitativo, variando desde um nível macro na definição dos objetivos e funcionamento organizacional até a um nível intermédio na cultura organizacional desenvolvida pela equipa da própria unidade.

No global ressalta um ‘papel desempenhado’ com subpapéis claramente identificados e valorizados por estes enfermeiros no domínio da prestação de cuidados o que de acordo com Siles González (2010) pode aumentar o *status* social e a perceção do valor do papel do enfermeiro se for dada visibilidade às competências e ao conhecimento disciplinar que os suporta na prática dos enfermeiros e posteriormente nas políticas de saúde.

3. DO PAPEL OCUPADO AO NEGOCIADO

Os papéis são construídos e sustentados pelas interações de todos os atores em saúde, dentro e fora do sistema organizacional. Para além do efetivo ‘papel ocupado’ pelo enfermeiro, na prática acaba sempre por surgir o ‘papel negociado’ através de uma concordância implícita entre os profissionais sobre o seu âmbito de autonomia no desenvolvimento e organização do trabalho e decisões na equipa, gerando uma cultura organizacional considerada pela OMS como um mecanismo fundamental para a sustentabilidade da prática colaborativa interdisciplinar em saúde (WHO, 2010). Na documentação regulamentadora das três unidades funcionais de saúde surgem de modo implícito os valores subjacentes a uma cultura de prática colaborativa, encontrando-se referências mais explícitas na USF que preconiza que os elementos da equipa multidisciplinar trabalhem em conjunto, com os diferentes grupos profissionais a cooperar e a complementar as suas funções por forma a cumprirem-se os objetivos definidos no Plano de Ação e atingir os indicadores contratualizados.

Como referem Nancarrow *et al.* (2013), a prática colaborativa é um processo interprofissional de comunicação e tomada de decisão para desenvolver soluções para os problemas. Isto exige que os profissionais da equipa conheçam não só as competências inerentes ao ‘papel ocupado’ e os subpapéis associados ao ‘papel desempenhado’ na prática específica de cada grupo profissional. Este é um aspeto fundamental para o ‘papel negociado’ do enfermeiro uma vez que ele emerge na vivência dentro da equipa de saúde e dele depende o poder atribuído ao enfermeiro, quer na organização das respostas aos problemas de saúde quer na oferta de cuidados para a diversidade de necessidades que vão emergindo. Por sua vez, o ‘papel negociado’ do enfermeiro na equipa influencia também a valorização dos utentes face às capacidades dos enfermeiros e ao seu contributo na tomada de decisão e na prática colaborativa na equipa. A relevância do ‘papel negociado’ do enfermeiro emerge sobretudo na orientação que pode imprimir ao tipo de cuidados solicitados por iniciativa do utente, acrescentando-se que tanto na USF como na UCSP no caso de atendimento não programado o primeiro contacto do utente passa, sempre e obrigatoriamente, pelos

serviços administrativos que o podem direcionar para o médico e/ou enfermeiro consoante a interpretação que faça dos respetivos papéis.

3.1. A DINÂMICA DE TRABALHO NA EQUIPA AOS ‘OLHOS’ DOS OUTROS PROFISSIONAIS E DOS UTENTES

Intrínseco aos discursos dos assistentes técnicos e dos médicos sobre o enfermeiro está o conjunto de significados que suportam a cultura organizacional, que constituem o nível operativo e organizador como refere Siles González (2010), e que se reflete na atribuição e distribuição de atividades, nos padrões de comportamento e de práticas laborais.

A relevância do papel e do agir profissional do enfermeiro na dinâmica da equipa é mais eloquente nas palavras dos assistentes técnicos sendo os médicos menos expressivos:

O enfermeiro é fundamental dentro da equipa porque é a base da equipa... É a partir da enfermeira que a equipa se articula... a enfermeira parece um polvo com os seus tentáculos a resolver as diferentes situações... é o foco de todas as intervenções... (A1);

É um elemento essencial e polivalente... Muitas das vezes temos situações delicadas á nossa frente e o médico não é muito acessível e o enfermeiro ajuda, isso é muito importante... (A2);

São uma peça fundamental dentro do grupo ... quando não há vaga na agenda médica é sempre com as enfermeiras que falamos para decidirem se é mais ou menos urgente, se o utente aguarda por consulta, se o utente é atendido ou se marcamos depois... (A4);

Eu acho que até é o suporte da equipa ... é o elo, não é, de ligação entre todos... Os utentes até é mais com a enfermeira que expõem as suas questões, depois a enfermeira de acordo com a situação fala com a médica e depois fala com a administrativa para fazer as marcações... pronto, daí este elo todo! (A8);

Tem um papel muito importante no apoio à consulta do médico e ao médico... na vigilância nem todas as vezes os utentes vêm a nós, é claro que nós vamos sempre supervisionando e vendo mas o contato primeiro é sempre com o enfermeiro...normalmente a consulta de enfermagem é antes da nossa mas se houver

necessidade voltam à enfermeira depois da consulta médica... mas também podem programar consultas só para a enfermeira... (M₁);

É essencial, acompanha os utentes, conhece-os... em alguns grupos de vigilância, em consultas de vigilância, ela acompanha-me e antecede-me como é o caso das crianças, dos hipertensos, dos diabéticos, das grávidas, do planeamento... (M₄);

É um papel fundamental porque são eles que muitas vezes têm a primeira abordagem ao utente... têm consultas de enfermagem que antecedem as consultas médicas, nomeadamente na diabetes, na hipertensão, no planeamento... (M₅);

Sempre reconheci o enfermeiro enquanto elemento da equipa e o seu papel na prestação de cuidados na equipa... a realidade é diferente de unidade para unidade, também depende muito da maneira de estar do próprio enfermeiro e do próprio médico e da maneira de interiorizar o papel que eles têm..... o enfermeiro tem o seu papel, o médico tem o seu papel e o assistente técnico tem o seu papel, todos temos o nosso papel e se todos nos respeitarmos as outras coisas acontecem... (M₈).

Externos à cultura organizacional das unidades de saúde, a maioria dos utentes aparentam algum desconhecimento ao modo como se integra o enfermeiro em toda a dinâmica da equipa de saúde, como referiu uma utente:

Ainda estamos todos muito mal informados sobre isso, as pessoas estão pouco esclarecidas ... a maior parte das pessoas, pelo menos eu falo por mim, pensa que o enfermeiro é só para dar as vacinas, as injeções e não sei quê, e se calhar até têm outras funcionalidades que as pessoas desconhecem e não sabendo bem qual a sua funcionalidade não o procuramos... vamos para quem nos mandam! (U₁₀).

Contudo, alguns utentes começam a ter uma perceção do papel do enfermeiro na equipa, como se depreende destes excertos dos seus discursos:

Ele é o centro de tudo, de todo o circuito... não sei como explicar... (U₂);

Eles têm também os aspetos da organização do serviço e de tudo, do planeamento de todas as atividades... (U₃);

Apercebo-me de que a parte de requisição de material em si, para ter no próprio espaço de trabalho, também passa pela enfermagem e não pelo médico... (U₅);

Basicamente são eles que fazem tudo... os médicos tratam dos medicamentos, o resto é com os enfermeiros! (U₈);

A enfermeira S. é que é a nossa enfermeira de família é ela que controla tudo (...) foi ela que disse que era importante irmos os dois com a menina à consulta (...) tenta convencer-me a vir à consulta de desabituação do tabaco (...) (U₁₁).

Quando se incentivaram os assistentes técnicos para explicitar como se articulavam todos os profissionais no dia-a-dia, começaram a emergir não só as representações sobre o trabalho em equipa mas também sobre as responsabilidades que atribuíam ao enfermeiro e como as incluíam na organização do trabalho da equipa:

Para mim, a enfermeira é o elo de ligação entre o utente, o médico e até o administrativo... é ela que 'toca' em todas as situações, aqui, na consulta de agudos, no exterior nos domicílios... (A₁);

Trabalhamos muito em equipa... se vem um doente que não está marcado somos nós é que ativamos e encaminhamos e dizemos ao doente que vai primeiro ao enfermeiro que ele vai fazer a triagem e depois informa o médico... (A₂);

Somos nós os primeiros a receber o utente... eu preciso muito da enfermeira porque não tenho tanto à vontade com o médico, ela é que fala com ele (...) Quando os utentes precisam de cuidados continuados, sei que é o enfermeiro que lida diretamente com os utentes e com a família e chama o médico quando precisa. (A₃);

Depende daquilo que o utente pede... há muitos casos em que se marca só para o enfermeiro, por exemplo, para seguir os doentes com hipertensão arterial, se vier pedir um contraceptivo sei que é para a enfermeira, também se vier alguma mãe com um bebé que esteja a perder peso... (A₆);

Aqui trabalham em equipa, o enfermeiro tenta conversar com o médico a respeito do utente e chegam a consenso enquanto médico e enfermeiro. Eu chamo sempre o enfermeiro para fazer uma triagem... se for uma situação de regularização de vacinação sei que é para o enfermeiro, se for uma situação de um penso que necessite de ser medicado tem de se marcar uma consulta para o médico mas com indicação do enfermeiro, ele comunica sempre ao administrativo que é preciso programar uma consulta médica. (A₇).

Entre os médicos a sua interpretação sobre o trabalho em equipa centrou-se exclusivamente na prática colaborativa com o enfermeiro e nas suas palavras foram surgindo os significados atribuídos ao âmbito de autonomia de cada profissional e às decisões na equipa:

Quando os doentes estão acamados e quando é preciso ter uma vigilância em todo o apoio do doente dependente é o enfermeiro de família porque o utente já o conhece vai vendo a evolução dele... fazem também o controle das lesões, dos traumatismos, das úlceras... o enfermeiro acaba por ser quase sempre o primeiro interlocutor quando há alguma coisa de anormal ... (M₁);

Funcionamos em complementaridade na parte preventiva nos cuidados aos utentes... a consulta de diabetes, de saúde infantil, de saúde materna, planeamento... na parte curativa, o tratamento das feridas aqui no ambulatório e no domicílio, e também das úlceras de pressão são muito da responsabilidade do enfermeiro... têm competência para gerir... (M₂);

Fazemos sempre consultas conjuntas de saúde preventiva, em que é feita uma consulta prévia de enfermagem, quer na avaliação da criança, quer da grávida, da mulher na idade fértil ou pós menopáusica, na avaliação global de todos os parâmetros, passamos informação uma à outra. (M₃);

Nos grupos vulneráveis fazemos em simultâneo... por exemplo na gravidez, a senhora enfermeira chama primeiro a grávida e faz a pré-consulta de enfermagem e depois acabamos por partilhar a consulta quando eu lhe vou pedir apoio... acabamos por partilhar procedimentos... (M₄);

Os enfermeiros têm funções de complementaridade é tudo partilhado tanto na vigilância como nos tratamentos agudos... há uma partilha de informação além dos cuidados... sempre verbalmente mas depois também há a consulta dos registos... têm um papel mais importante por exemplo no campo da vacinação, no campo dos domicílios também se destacam porque também são eles que mantém a continuidade e o contato próximo com a população... (M₅);

Nós hoje em dia temos os rastreios todos a dois, seja nos rastreios da saúde da mulher, seja nos rastreios da saúde infantil, seja nos rastreios da hipertensão e risco cardiovascular na diabetes, está tudo dividido entre os dois... depois a vacinação, a

educação para a saúde, são áreas com as quais eu já não me preocupo, eu sei que a enfermeira com quem eu trabalho está a tratar dessas áreas... (M7);

Os enfermeiros fazem uma avaliação da situação, a interpretação diagnóstica não é, têm que partilhar com o médico a sua avaliação para depois decidirmos em conjunto o que se vai fazer a seguir... é esta a dificuldade em entenderem o que é a equipa, equipa não é trabalhar ao lado, é com, e isto faz toda a diferença, ao lado trabalhamos todos, com tem de ser ‘trabalhado’... (M8).

Dos discursos expostos aparentemente surge um consenso entre assistentes técnicos, médicos e utentes sobre o papel multifacetado do enfermeiro na equipa e sobre as qualidades interpessoais e relacionais que demonstram na relação com todos, pelo que parecem colocar o enfermeiro numa situação de elo de ligação e de comunicação entre os intervenientes no processo dos cuidados, daí emergindo o seu ‘papel negociado’ na equipa. Aquando do desenvolvimento de ‘papéis negociados’, alertavam Hardy and Conway (1988) que poderiam ser "personalizados" quer em função do desconhecimento ou conhecimento incipiente do ‘papel ocupado’ e do ‘papel desempenhado’ do profissional, o que parece ser o caso da maior parte dos utentes entrevistados, quer em função da familiaridade com um profissional específico, o que parece ser o caso de alguns utentes e da maior parte dos assistentes técnicos e dos médicos. Contudo, como refere Urteaga (2008), cada profissional constrói a profissão na sua prática de modo plural, intersubjetivo e contextualizado em resultado da sua identidade profissional, em consequência a imagem social da profissão é em parte influenciada pelas características e competências pessoais de cada profissional mas podem ser extrapoladas para a profissão.

Da sua experiência enquanto beneficiários de cuidados por parte dos respetivos enfermeiros de família, os utentes parecem reportar-se à disponibilidade permanente do enfermeiro para os atender, para a forma personalizada como o fazem, para a sensibilidade que revelam perante as suas necessidades específicas e no esclarecimento de dúvidas, o que os orienta a atribuir-lhe um ‘papel de facilitador do processo de cuidados’, no sentido de que é o enfermeiro o profissional da equipa que simplifica e dinamiza todo o processo quando eles ou a sua família necessita de cuidados.

Os assistentes técnicos e os médicos ao pronunciarem-se sobre a integração e articulação do enfermeiro no trabalho em equipa parecem igualmente basear-se, em

primeiro lugar, na experiência de colaboração com os enfermeiros com quem constituem a equipa nuclear de funcionamento na unidade funcional. Os atributos subjetivos do enfermeiro, como a proximidade, a disponibilidade, a empatia e a capacidade comunicacional despontam como elementos fundamentais para a coesão da equipa e o suporte da cultura organizacional de onde emergem a confiança e o respeito mútuo como principais valores colaborativos, o que se enquadra no significado de equipa e modalidades de trabalho de colaboração entre profissionais encontrado por Neves *et al.* (2013) no modelo organizacional dos ACeS e CS, que implica um clima de cooperação, colaboração, de ajuda, de solidariedade, de confiança, de reciprocidade e transparência, sem comprometer a autonomia e gestão profissional mas com compromisso e responsabilização partilhadas.

Os profissionais da equipa de saúde reconhecem competência clínica e científica ao enfermeiro para a autonomia profissional na gestão da vacinação, na gestão de tratamentos de feridas, na gestão da visita domiciliária e na monitorização de parâmetros biométricos e gestão de ensinos e orientações no âmbito da consulta de enfermagem, mas parecem ser as suas competências interpessoais e relacionais que lhe conferem o ‘papel negociado’ de ‘mediador do processo de cuidados’ ao utente e família que lhe atribuem. Para os assistentes administrativos este papel tem um significado mais próximo do de intermediário, no entendimento de que é o enfermeiro que assegura a ligação comunicacional entre toda a equipa e também com o utente e a família. Para os médicos, é um efetivo papel de mediador pela conjugação das competências clínica e científica, que o enfermeiro mobiliza na parceria clínica, com as competências interpessoais e relacionais, que põe em uso tanto na promoção do consenso na decisão sobre os cuidados mais adequados a cada utente, a cada situação e a cada família, como na mediação do processo de cuidados e da comunicação da equipa com os utentes e com os familiares.

3.2. A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O TRABALHO NA EQUIPA E A PRÁTICA COLABORATIVA

As equipas funcionam dentro de uma estrutura com organização administrativa e funcional própria, com processos decisórios e expectativas que constituem a sua cultura organizacional, mecanismo fundamental para a sustentabilidade da prática colaborativa.

Ao questionar-se os enfermeiros como se incluíam no funcionamento e na organização do trabalho na equipa as respostas foram parcas e tendencialmente estereotipadas mas em alguns discursos foi possível perceber algumas diferenças consoante a sua unidade funcional de pertença:

Mudou a relação interprofissional até por algumas competências que foram dadas aos enfermeiros, neste momento na USF estamos centrados na gestão de material e em processos burocráticos, metade do nosso dia é muito direcionado para a gestão de ficheiros, para produzir informação que nos é solicitada externamente... os indicadores, mostrar o que fazemos... grande parte das nossas reuniões da equipa multiprofissional são para discutirmos métodos de trabalho e para discutir questões de serviço que nos permitam rentabilizar os recursos que temos para dar resposta áquilo que nos é solicitado em termos de produtividade... só da equipa de enfermagem temos reuniões todas as semanas. (E1);

Aqui na USF há uma equipa como um todo e há pessoas responsáveis, uma por fazer a gestão do material, outra por fazer a gestão de horários, as intersubstituições... toda a parte de papelada tem que ser feita, por exemplo o regulamento interno, há o plano de ação, o relatório de atividades, há sempre alguém que está à frente para gerir estas tarefas mas no fundo acaba por ser um trabalho de equipa (...) há muita partilha, nós temos reuniões gerais e a parte da formação faz-se muito em conjunto, apresentamos resumos ao resto da equipa... (E3);

Não se pode dizer que não trabalhamos em equipa mas... as equipas nucleares estão espalhadas e são diferentes, não há reuniões com as equipas multiprofissionais todas e só temos reunião de enfermagem da UCSP mensalmente... e depois temos ausência de chefia intermédia e apesar de existir a figura de enfermeiro com funções de coordenação, não passa mesmo de figura, só tem poder se o coordenador da unidade, que é médico, o permitir... claro que as características individuais são importantes mas como profissionais não nos podemos acomodar... (E11);

A equipa da UCSP está muito dispersa, há muitas extensões, estamos muito afastados e há muita informação em termos de indicadores, com uns mais por dentro deles e outros que não, e temos poucas reuniões e depois acabamos por assumir atividades que seriam mais da parte médica... (E7);

O planeamento e organização de todas as atividades são em reunião com toda a equipa, seja em reunião com os diferentes parceiros da UCC, como a CPCJ, a escola, a câmara, as IPSS, a segurança social. (E13);

Temos a elaboração do plano de ação da UCC e dos relatórios anuais relativos a toda a atividade e gestão da unidade (...) há reunião semanal da equipa nuclear mas de toda a equipa e do conselho geral da unidade é muito difícil porque estamos dispersos e alguns a tempo parcial... (E12).

O trabalho em equipa e a prática colaborativa são em parte determinados pela cultura organizacional, mas como defende a WHO (2010) são essencialmente um processo interpessoal. Efetivamente falar sobre o modo como se articulavam na equipa para a prestação dos cuidados também não pareceu fácil aos enfermeiros, e nos seus discursos foram entrecruzando as suas interpretações com explicações que aludiam ao seu agir profissional e à forma como ele influenciava a prática colaborativa pela valorização das suas competências e qualidades profissionais atribuída pelos outros, incluindo os utentes que surgem como o foco da prática colaborativa e base do trabalho em equipa. Estes excertos são um exemplo:

... há equipas que percebem muito bem qual é o papel do enfermeiro e qual a função na equipa e outras em que o enfermeiro está ali para fazer aquilo que o médico acha que deve ser feito... ainda temos as duas realidades... no entanto, sinto que há um crescendo na valorização do enfermeiro essencial pelo papel que tem, reconhecido sobretudo pela postura que o enfermeiro tem, ou seja, se o enfermeiro não assumir as funções que verdadeiramente tem é valorizado apenas pelo utente, porque o procura precisa dele, mas não é tão valorizado pela equipa, agora se o enfermeiro assumir as suas responsabilidades e as funções que lhe competem ele é valorizado por todos. (E11);

Os administrativos acho que ainda transferem muita coisa para nós, muita burocracia... eles reconhecem as nossas competências mas parece que nós é que temos de resolver tudo (...) às vezes parece que é porque nós estamos sempre disponíveis, ou não sei se será porque não têm á vontade para expor certos assuntos aos médicos ... ou talvez considerem que nós conseguimos gerir melhor a situação e orientar os utentes... acho que é a ideia delas! (E4);

Os utentes valorizam muito quando nós temos alguma empatia com aquilo que eles estão a passar, quando nós detetamos os problemas sem eles nos dizerem e vamos de encontro ao que é necessário e que eles depois dizem “afinal a enfermeira sabe e percebe aquilo que eu preciso”, valorizam que nós sejamos os primeiros a perceber o que é que eles precisam... Os médicos valorizam tudo nos enfermeiros, desde que não prescrevam medicação!... sobretudo que lidem com os utentes... (E10);

Começam a ver o enfermeiro da UCC como parceiro na área da saúde, como parceiro na comunidade... eu acho que vêm no enfermeiro um bom parceiro porque têm confiança no seu trabalho, pelo que já demonstraram ser capazes de fazer na comunidade, pelos resultados comunitários que têm conseguido, por outro lado reconhecem a proximidade que o enfermeiro tem com a comunidade e daí ser muito fácil articularem-se connosco pela acessibilidade que proporcionamos à comunidade e aos grupos comunitários... (E13).

Pelas palavras destes enfermeiros é perceptível a importância que as competências interpessoais e relacionais têm no suporte e desenvolvimento do trabalho em equipa e da colaboração entre todos:

... a gestão das relações interpessoais com os utentes e com os restantes elementos da equipa... as competências de comunicação e relacionais, neste momento são a base para o funcionamento da equipa, para que tudo corra e também para o atendimento e podermos prestar bons cuidados ao utente. (E1);

Qualquer problema do utente que chega ao CS devia ser visto em conjunto pelo enfermeiro e pelo médico mas não é isso que acontece... a administrativa funciona muito bem com a médica mas comigo há muita dificuldade... talvez porque seja temporária, não me agenda antes os utentes para consulta de enfermagem, para atos de enfermagem, bate-me constantemente à porta, enfim... gostava imenso de trabalhar em conjunto com a médica mas isso aqui não é possível... falo muito com ela numa tentativa de trabalhar em equipa! (E7);

Transversais à maioria dos discursos, aparentemente estas competências são igualmente a chave não só para o desenvolvimento dos valores necessários à prática colaborativa e ao reconhecimento das outras competências do enfermeiro, mas também para o processo comunicacional com os utentes na equipa, conforme se depreende destes extratos:

... o primeiro que dá a imagem do enfermeiro é o administrativo, e se nós tivermos uma boa comunicação e um bom feedback com o administrativo, e desde que ele tenha uma imagem segura do nosso trabalho... aliás quantas vezes o administrativo recebe o utente e marca-o só para a enfermeira? E os médicos também já encaminham muito para os enfermeiros, confiam muito na nossa capacidade e competência... (E8);

Atendo por marcação mas com a administrativa comunicamos e funcionamos muito bem em equipa e ela sabe que mesmo sem marcação eu atendo mesmo que tenham de esperar um bocadinho (...) pela forma como os médicos se dão comigo sinto que valorizam a minha experiência, pedem-me muito a minha opinião em determinados casos... a minha médica também está sempre a pedir a minha opinião e partilha muitas situações comigo e analisamos muitas situações em conjunto e depois chegamos mesmo a fazer visitas domiciliárias em conjunto. (E5);

A médica deposita toda a confiança em mim, valoriza o conhecimento que eu tenho dos utentes (...) os utentes também têm muita confiança em mim, consideram que eu sou uma boa prestadora de cuidados, gostam muito do modo como eu faço os pensos, dizem que eu tenho uma grande empatia, que comunico muito e sentem-se bastante seguros com as orientações que dou... as famílias dizem que estou muito presente, que os escuto e que estou sempre disponível e contactável... valorizam muito a maneira de ser do enfermeiro e a forma como trabalha. (E14).

Dentro da equipa os utentes confiam em nós e começam a identificar-se com o seu enfermeiro de família, é o que está a acontecer... valorizam muito a parte humana, se somos acessíveis, se respondemos bem, se nós os atendemos na hora que eles querem ser atendidos, mas também sei que há muitos que valorizam aquilo que nós sabemos... (E3);

Na equipa os utentes valorizam a forma como comunicamos... às vezes há dúvidas que eles têm, coisas até da parte administrativa, e até médica, e eles vêm ter connosco... nós somos mais comunicativos, somos mais acessíveis mais terra-a-terra! (E2)

Valorizam a nossa disponibilidade... os utentes têm confiança em nós... se calhar porque também nos conhecem e isso é uma mais-valia de trabalharmos como enfermeiros de família, acabamos por ter um relacionamento próximo... reconhecem

que o enfermeiro tem capacidades, médico é médico e enfermeiro é enfermeiro mas começam a reconhecer em nós mais valor... (E4)

Das passagens discursivas anteriores depreende-se que o conjunto de competências que os enfermeiros percebem que os outros lhe reconhecem estão também intrincadas aos atributos profissionais que evidencia no seu agir profissional. Por isso, quando se perguntou aos enfermeiros como se integravam na dinâmica da equipa e na colaboração multiprofissional foi espontaneamente que agregaram as particularidades profissionais que mobilizam no atendimento em equipa às suas perceções sobre o seu ‘papel negociado’, como ilustram os seguintes discursos:

Somos os primeiros a ser abordados, somos a primeira pessoa a quem os utentes vêm solicitar alguma coisa, é a relação de proximidade... como conhecemos o utente temos uma abordagem diferente e muitas vezes os administrativos quando não conseguem encaminhar as situações somos nós o elo distribuidor e o elo de comunicação para o médico, fazemos a seleção do que é importante e transmitimos ao médico... os médicos também encaminham quando precisam de tratamentos, sobretudo de administração de injetáveis... a vacinação também encaminham para nós... a parte da saúde infantil também orientam muito para nós... (E1);

Sinto que sou um elo de ligação entre o utente e o médico, entre o utente e o administrativo, nas situações que ocorram no dia-a-dia em que preciso de gerir no sentido de resolver os problemas ao utente... valorizam a nossa capacidade de gerir os cuidados à família e de sermos os interlocutores com o resto da equipa... nós estamos mais presentes, vivemos mais a situação e estamos mais no local, somos mais próximos e os médicos um bocadinho mais distantes... nós estamos mais visíveis, os utentes encontram-nos sempre, às vezes até no corredor, não precisam de nos procurar no gabinete de consultas ou na sala de tratamento... acho que todos vêm isso, os médicos, os administrativos, e também os próprios utentes, valorizam a nossa acessibilidade, a nossa prestação e a nossa disponibilidade... os utentes já começam a procurar só o enfermeiro... (E6);

O primeiro contato que têm no CS é com a administrativa e com o enfermeiro e eu tenho muitos utentes que se dirigem primeiro a mim antes de marcarem consulta... sentem-se à vontade connosco, e sabem que nós articulamo-nos com a administrativa e depois eles passam por nós antes de chegar à consulta médica e o

próprio médico vem até ao nosso gabinete fazer o resto da consulta médica se for necessário... eu sinto que os utentes saem daqui com segurança e mais descansados e mais relaxados, porque eles entram aqui e perguntam-nos tudo e sabem que nós articulamos a informação entre todos... (E9);

Na ECCI somos um pouco o elo de ligação entre os utentes e os familiares com as outras unidades, os enfermeiros de família, os médicos de família e os outros profissionais... não são só os tratamentos, fazemos apoio para adesão terapêutica e de orientação na gestão terapêutica, de apoio psicológico, e o enfermeiro acaba por reunir tudo isto na sua intervenção, não é psicólogo mas consegue dar algum apoio através da sua empatia e da relação de confiança que estabelece com o utente e também com o cuidador, pela maneira como comunica como os ouve... e eles sabem que depois orientamos para os outros profissionais... (E12);

Começamos a ser o interlocutor privilegiado da área da saúde, aquele que faz a interligação entre todos os parceiros nas questões de saúde... por exemplo, a nível da CPCJ é necessário um relatório para um tribunal (...) pedem-nos para fazer a pesquisa do histórico da família sobre (...) da segurança social pedem-nos para colaborar em formação específica para grupos (...) se num infantário uma auxiliar ou uma professora identificam marcas que sugerem maus tratos pedem-nos para ir avaliar e ajudar no encaminhamento específico da situação... da câmara pedem-nos a colaboração em projetos financiados pelo fundo social europeu e que envolvem um parceiro da saúde e chamam-nos a nós para colaborar no planeamento e desenvolvimento... (E13).

O fio condutor da perceção dos enfermeiros sobre a sua inclusão na dinâmica da equipa e no desenrolar da cooperação interprofissional parece residir na valorização que dão às singularidades profissionais que mobilizam no seu agir profissional e que são responsáveis pelo desenvolvimento dos valores que edificam a cultura organizacional, que por sua vez suporta o trabalho em equipa e a prática colaborativa que é depois extensível aos utentes e familiares.

Dos diversos fragmentos discursivos ressaltam qualidades interpessoais e relacionais que os enfermeiros percebem valorizadas, como a proximidade que têm com todos na equipa, com os utentes e a comunidade, a disponibilidade que sempre demonstram e a sua capacidade comunicacional, não só na habilidade de adequar a comunicação com

cada um dos interlocutores ou parceiros mas também de articular a informação entre todos. São estas qualidades que estes enfermeiros parecem considerar como fator importante para o desenvolvimento de um sentimento de confiança que permite aos outros elementos da equipa, aos parceiros e aos utentes e familiares a descoberta da totalidade das suas competências e dos ‘saberes’ para além das competências clínicas, o que parecem considerar como fator influenciador da cultura organizacional e do ‘papel negociado’ do enfermeiro na equipa.

Como referiram Neves *et al.* (2013) o modelo organizacional dos ACeS e CS implica um clima de cooperação, colaboração, de entreajuda e de solidariedade que só é possível com o desenvolvimento de relações de confiança que Orchard *et al.* (2005) consideram ser o pré-requisito para o desenvolvimento de culturas de colaboração, criando sinergia e assertividade na comunicação o que favorece a responsabilidade compartilhada na tomada de decisão dos cuidados.

Das palavras dos enfermeiros depreende-se haver relações de confiança e um clima de cooperação nas equipas da USF, da UCSP e da UCC que proporcionam uma organização natural do processo de trabalho na equipa enquadrado na multiprofissionalidade através da cooperação e colaboração entre os diferentes profissionais para atingirem objetivos comuns, partilhando para isso as informações inerentes à respetiva área profissional (Peduzzi, 2001; Chamberlain-Salaun *et al.*, 2013).

Defende a WHO (2010) que os mecanismos de suporte institucional e administrativo são fundamentais para transmitir a filosofia da prática colaborativa e favorecer um ambiente organizacional propício a uma cultura de trabalho interdisciplinar através do desenvolvimento de normas e protocolos que regulem o processo de trabalho e a comunicação interprofissional na equipa multidisciplinar. Transparece dos discursos dos enfermeiros que na USF e na UCC estes mecanismos são mais evidentes, com o envolvimento de toda a equipa no planeamento organizacional e na responsabilidade partilhada de elaboração dos respetivos regulamentos internos, planos de ação e relatório de atividades, e pelas oportunidades de reunirem com maior frequência. Contudo, parece não introduzir diferenças nos processos formais de intervenção conjunta relativamente à equipa da UCSP, já que em todas as equipas emerge uma prática colaborativa com cooperação sistemática entre os enfermeiros e os médicos numa perspetiva de subsidiariedade, de complementaridade de competências e responsabilidades profissionais, mais próxima da multidisciplinaridade do que da

interdisciplinaridade. Como defendem Vilela & Mendes (2003) não é suficiente a confiança mútua nas competências profissionais e a prática articulada e em complementaridade, a interdisciplinaridade exige flexibilidade na atitude para se otimizarem as competências de cada profissional na interação entre os vários saberes desde a conceção integrada dos cuidados e não apenas na sua implementação conjunta.

Independentemente das diferenças contextuais, a confiança que os enfermeiros sentem que todos depositam nas suas competências, a forma como compreendem a valorização que é dada sobretudo às suas competências interpessoais e relacionais e às qualidades da sua forma de agir na equipa e junto dos utentes, dos familiares e dos parceiros sociais e comunitários, principalmente a sua capacidade em coordenar o processo comunicacional, parece nortear estes enfermeiros na perceção do seu ‘papel negociado’ como ‘interlocutor no processo de cuidados’.

4. DO PAPEL OCUPADO AO ESPERADO

O sistema de papéis está em constante renovação e é também alicerçado pelo conjunto das expectativas percebidas e construídas ao longo do tempo pelos próprios enfermeiros, pelos outros profissionais de saúde e pelos utentes. Seja pela sua vivência dentro da organização das instituições de saúde e do ambiente de cuidados, seja através do valor que atribuem à formação académica, geram definições de papéis socialmente esperados (Hardy & Conway, 1988).

Este ‘papel esperado’ encerra as atitudes, os comportamentos e conhecimentos antecipados para o papel profissional do enfermeiro, sendo que para os outros profissionais da equipa e para os utentes ele depende do seu enquadramento nas normas sociais enquanto para o próprio enfermeiro ele é regido pela sua identidade profissional e pela interpretação que faz do seu papel e das expectativas que constrói sobre ele.

Como referem Brookes *et al.* (2007), a probabilidade de criação de novos papéis ou a mudança de expectativas sobre os papéis existentes, surge com as transformações sociais a par com a sustentabilidade dos sistemas de saúde e as mudanças na organização e oferta de cuidados. É precisamente este o contexto português, presidindo à reorganização dos CS e criação das unidades funcionais uma lógica de contenção de custos associados à prestação dos cuidados de saúde, a resposta mais adequada às necessidades dos cidadãos com reorganização da intervenção comunitária, melhoria dos cuidados domiciliários e implementação de redes de apoio às famílias na gestão das doenças crónicas, às quais se podem atribuir importantes perdas de qualidade de vida e gastos em saúde (OPSS, 2007). Paralelamente, a autonomia e flexibilidade organizativa das equipas, a responsabilização pela melhoria contínua da qualidade e da sustentabilidade num quadro de contratualização interna de prestação de cuidados de saúde à população pode conduzir a um processo contínuo não só de diferenciação de papéis através da sua especialização mas também influenciar as expectativas sobre eles e em consequência o ‘papel esperado’ do enfermeiro.

4.1. O QUE ESPERAM OS UTENTES DOS ENFERMEIROS

Conduzir os utentes a verbalizarem explicitamente as expetativas que têm sobre o papel do enfermeiro não se afigurou tarefa fácil. Ao longo das entrevistas foi perceptível o apreço pelo papel desempenhado pelo enfermeiro e o conhecimento superficial quer do seu papel ocupado quer do negociado na equipa o que parece ter influenciado a expressão espontânea sobre como poderia evoluir a intervenção do enfermeiro para melhor corresponder e responder aos seus problemas de saúde e às suas necessidades ou dos seus familiares. “Já fazem tantas coisas... não estou a ver outras...” (U₈), é um exemplo do tipo de resposta obtida inicialmente. Após reformulação da forma como se colocou a questão, ou do seu desdobramento em questões mais simples, ou até da repetição da questão num momento posterior no decorrer da entrevista, começaram a surgir algumas respostas mais expressivas mas variáveis no grau de objetividade e explicitação, conforme exemplificam os extratos seguintes:

Há enfermeiros que gostam de chegar mais longe... de atender sempre os doentes... há problemazitos simples que o enfermeiro é capaz de resolver, uma comichãozita qualquer que dá no corpo, uma borbulhita ou isso... é continuar a ajudar, a saber atender os doentes... (U₁);

Se calhar há situações que nem é preciso o médico... se calhar há situações que o próprio enfermeiro pode esclarecer as pessoas ou resolver sem ser necessário estarmos ali à espera de uma consulta com o médico... (U₁₀);

O caso de uma urgência com uma ferida aberta... o enfermeiro está mais apto para uma primeira abordagem e identificar e avaliar... está mais apto para um primeiro cuidado... há uma extrema competência da parte do enfermeiro, por exemplo para suturar com dois ou três pontitos, e penso que não tem que haver um aval final do médico... o enfermeiro tem responsabilidade e competência para tal! A enfermeira acaba por fazer determinadas situações que só não pode realmente dar o último aval... há ali uma barreira entre o trabalho em si e a responsabilidade final. (U₅);

Podiam explicar as coisas... há muitos enfermeiros que têm um modo assim como que têm mais que fazer... outros não, explicam sempre tudo mesmo que a gente não pergunte nada... (U₉);

O médico podia ficar só para as consultas e o enfermeiro para o resto, os pensos, as vacinas, para explicar e dar conselhos... também não há ninguém como as enfermeiras, no outro dia, que a minha senhora estava cá para a vacina, a enfermeira chamou-a também e esteve a falar com os dois sobre o que comíamos e como é que ela cozinhava... os enfermeiros deviam fazer isto mais vezes... Olhe, bem podiam tomar as rédeas disto tudo... sempre que a gente precisa é a enfermeira que nos atende primeiro e depois que mexe tudo para as coisas andarem... (U12);

Nesta coisa da diabetes é a enfermeira que faz de tudo, devia haver consultas da diabetes só com a enfermeira para a gente perceber melhor, depois quando fosse necessário medicamentos é que a enfermeira nos enviava à médica... a enfermeira podia tomar conta disto... (U6);

Como está mais próximo é capaz de... como hei-de dizer... há mais aquela confiança... a gente sente-se mais à vontade e entende melhor as coisas... o enfermeiro podia orientar as situações, porque sabe sempre resolver as situações, lá procura e ajuda sempre, ou chama o médico, ou orienta a gente para onde ir e como fazer... (U2);

Há situações em que podia ser o enfermeiro a dar resposta ... podiam desbloquear certos serviços mas assim sobrecarregamos os enfermeiros! Podiam ir mais vezes ao domicílio mas não é bem assim como nós pensamos... há outros aspetos que nós desconhecemos! Mas deviam ser os enfermeiros a decidir isso e terem condições para o fazer... têm os aspetos da organização do serviço e de tudo, do planeamento de todas as atividades e se os enfermeiros são bons nos aspetos da organização do serviço e de tudo, podiam organizar os cuidados no domicílio, a avó tem ajudas do serviço social lá em casa mas as enfermeiras podiam estar na retaguarda, a orientar, a organizar... deviam ir lá também de vez em quando, estar com a mãe, com as senhoras que lá vão... acho que deviam ser as responsáveis por ver se está tudo bem! (U3);

Nós cuidamos da minha mãe em casa, as enfermeiras ensinaram-nos, a mim e à minha mulher, como cuidar dela (está acamada)... sei que fora do Centro de Saúde há equipas que vão a casa cuidar dos velhinhos, darem banho e tudo mas não ensinam... são as enfermeiras que têm competência, têm conhecimentos para ensinar como devemos fazer... não tenho dúvidas de que são as enfermeiras quem melhor

sabe falar com os doentes, quem está sempre disponível, quem melhor nos ensina e nos orienta... penso que deviam orientar também estas equipas em casa... (U11);

No apoio no domicílio... para irem prestar cuidados e apoiar os idosos que precisam... não estão doentes para estarem num hospital, não querem ir para um lar mas também já não conseguem viver sozinhos como antes... este é um problema que a nossa sociedade começa a ter... já há as equipas que vão levar comida, limpar a casa mas para prestar cuidados ou ensinar os familiares parece-me que têm de ser enfermeiros... o seu a seu dono... pela maneira como se relacionam, também considero que são os que melhor lidam com os idosos, vejo pelos meus sogros, com a idade e com doenças, nem sempre é fácil lidar com eles e as enfermeiras conseguem ter paciência, falar de uma maneira que eles aceitam o que elas dizem... mais enfermeiros só a fazer este apoio era o ideal. (U13).

Transversal a estes discursos dos utentes está a valorização dos cuidados de proximidade e a perceção do trabalho em rede que o enfermeiro dinamiza na maior parte das suas intervenções, seja na equipa, com eles próprios ou com os seus familiares quando se encontram numa situação de doença crónica e/ou de dependência no domicílio. Desponta implicitamente a noção de que o enfermeiro será o profissional com mais competências para garantir a continuidade dos cuidados lhes sejam prestados e que a sua capacidade de resposta será integradora e longitudinal, como referia um utente “A nossa enfermeira de família não pode ir sempre lá a casa, mas é ela que articula tudo (...) quando é que é preciso a médica ir lá a casa ver a minha mãe, fala com as outras enfermeiras que vão lá a casa, telefona para virmos nós aqui quando organiza alguma sessão com outras pessoas que estão a cuidar dos pais em casa.” (U11). São resultados similares aos encontrados por McKenna and Keeney (2004 e Perry *et al.* (2005) as cited Neves (2012), com os utentes participantes nos seus estudos a evidenciarem no papel do enfermeiro a atuação em proximidade e parceria com o utente e família, numa perspetiva de continuidade personalizada valorizada como qualitativo assistencial.

Estas expectativas dos utentes face ao papel do enfermeiro fortificam as convicções veiculadas pelo ICN (2010) que atribui aos enfermeiros um papel de vanguarda nos cuidados na doença crónica pelas competências que detêm. São reconhecidas por estes utentes as competências técnicas, as relacionais, as comunicacionais e culturais do enfermeiro, valorizando a proximidade, a capacidade de orientar, de explicar e fornecer

informações mais detalhadas e enquadradas no seu ambiente pessoal e familiar. Emergem dos seus discursos alguns âmbitos de intervenção em que o papel do enfermeiro pode ser capitalizado, nomeadamente com a maximização das intervenções nas situações de cronicidade e na gestão das necessidades das pessoas idosas, sobretudo através do ensino e capacitação e da gestão do apoio domiciliário. Parece ser este o ‘papel esperado’ por estes utentes, que ao reconhecerem as competências, o profissionalismo e sensibilidade demonstrados pelo enfermeiro e a sua capacidade de resposta nos cuidados em situação de doença crónica e dependência, consideram que poderia assumir o ‘Papel de gestor do processo de cuidados’, sobretudo no domicílio, entendendo o enfermeiro como o profissional da equipa que é responsável por orientar todo o processo de cuidados do utente e da sua família nesta situação e neste contexto.

4.2. O POTENCIAL DO ENFERMEIRO PERCEBIDO PELA EQUIPA

São as normas e regulamentos internos que delimitam os papéis profissionais na equipa mas como mencionam Bellato and Pereira (2006) são os valores veiculados na cultura organizacional, as histórias de vida, as experiências profissionais e os inter-relacionamentos profissionais que configuram as práticas, e é também neste contexto que se constroem novos valores e formas de ser e agir profissional a partir das expectativas que se geram sobre os diferentes papéis.

Na equipa coexistem com o enfermeiro dois grupos profissionais de áreas e funções distintas mas que parecem ter alguns pontos em comum quando se referem às competências do enfermeiro e ao potencial do seu desenvolvimento futuro na equipa e na resposta aos problemas de saúde da comunidade e necessidades dos utentes e famílias. Para os assistentes técnicos o papel do enfermeiro deveria consolidar-se sobretudo nas questões de natureza clínica e mais assistencial, entre os médicos evidencia-se a tendência para valorizar o potencial comunicacional e educativo do enfermeiro, como ilustram os excertos seguintes:

Para mim, as enfermeiras deviam fazer o atendimento de todas as situações agudas e dizer se era preciso a consulta médica... o utente ouve melhor o enfermeiro e na consulta complementar resolvia muita coisa! (A4);

A triagem pode perfeitamente ser feita pela enfermagem, estamos a falar de um centro de saúde que não recebe urgências mas apenas situações agudas em que o

doente vem pelo seu próprio pé, digamos assim... portanto isto é uma consulta aberta... o enfermeiro pode perfeitamente dizer isto é urgente tem que ser atendido imediatamente, isto não é urgente ou mesmo marcar consulta para daí a uns dias... têm competências para isso. (M8);

Na parte de ferimentos, de escaras e de pele, vá, que se vê logo, se o enfermeiro no domicílio é que avalia e tem capacidade para ver que tem infeção, podia passar logo o antibiótico... porque eles também têm capacidades... durante estes anos todos, em todas as vezes que assisti o enfermeiro demonstrou competência para isso e os médicos concordaram sempre... (A3);

Os enfermeiros poderiam fazer mais visitas domiciliárias por exemplo... os cuidados à população na comunidade sei que é uma área que os enfermeiros gostam de trabalhar, tanto mais que temos uma população muito idosa e carenciada, o que se justificava... muitos estão isolados em casa, às vezes aparecem cá já em estado lamentável... não os conseguimos detetar porque não há cabimento orçamental para fazer a preventiva no que se refere a visitas no domicílio... (M5);

Vacinação, eu penso que o enfermeiro é o que está em melhor para responder... o próprio tratamento de feridas e essas coisas, tudo o que seja curativo, porque têm formação constante e atualizada, têm conhecimento, têm experiência...também nas consultas com as crianças e conselhos aos pais, eles têm formação constante, por isso eu acho que estão mais aptos para responder a essas situações... se lhes puserem questões eles sabem responder ou a quem perguntar para resolver a situação. (A1);

A vacinação, são os enfermeiros que acompanham mais, vacinam as crianças desde que nascem e vacinam sempre até serem adultas ...também o tratamento de feridas e tudo o que seja tratamentos no domicílio, eles têm mais conhecimento e experiência porque são eles que acompanham sempre... as orientações aos familiares que estão a cuidar em casa... são melhores para ensinar e para responder às dúvidas e eles também sabem para onde encaminhar quando é preciso... (A8);

O aconselhamento é o essencial da atividade dos enfermeiros no dia-a-dia e no qual deveriam continuar a apostar, é extremamente importante para a continuidade do tratamento ...para que os utentes sigam as orientações... (M6);

... não há atualmente cuidados primários sem cuidados de enfermagem e sem cuidados médicos porque eles complementam-se... temos instituído mais o papel, a figura, de enfermeiro de família, ou seja, tentarem seguir também sempre os mesmos utentes... assegurar a continuidade dos cuidados é o seu papel no futuro... (M5);

Podiam como que fazer uma gestão dos casos... (M4);

A área da educação para a saúde e do aconselhamento, vejo que é aqui a área da diferenciação da enfermagem...seria um papel de interligar as competências com o médico, de gestão terapêutica, de gestão da consulta, de educação para a saúde, de monitorização da terapêutica, de monitorização da própria doença... (M7);

A educação para a saúde nas escolas... na UCC deviam apostar nela... (M2);

Educação para a saúde a grupos, sessões de esclarecimento à população ... sem dúvida, são mais dinâmicos para isso... (M1).

O tempo de serviço em CSP da maioria da amostra dos assistentes técnicos parece influenciar as suas expectativas face ao papel do enfermeiro uma vez que transportam ainda no presente e projetam no futuro a filosofia orientadora da intervenção da enfermagem que se reporta à primeira geração de CS, privilegiando as intervenções de cariz curativo em resposta às necessidades de tratamentos, administração de terapêutica e de cuidados de enfermagem de cariz preventivo em atendimento ambulatorio e através de visitas domiciliárias a par com as norteadas para a cobertura vacinal (Correia *et al.*, 2001; Henriques *et al.*, 2011). Mas simultaneamente aparentam estar em consonância com a atual filosofia de suporte à criação do enfermeiro de família porque a perspetiva na qual atribuem este papel ao enfermeiro tem implícita a valorização das competências e atributos subjetivos, colocando-o no centro da abordagem dos cuidados pelo contributo na saúde e qualidade de vida das pessoas e das famílias (OE, 2002).

Os médicos aparentam estar já imbuídos da filosofia orientadora da metodologia de trabalho por enfermeiro de família, uma vez que as suas expectativas se direcionam para que o enfermeiro privilegie as áreas da educação para a saúde, da orientação e aconselhamento visando não só a promoção da saúde mas sobretudo a gestão da doença crónica e prevenção de complicações nos utentes que são cuidados por familiares no domicílio, que é precisamente o que está disposto no Decreto-Lei n.º 118 de 2014 que enquadra a atividade do enfermeiro de família na USF e UCSP.

Subjacente às expectativas tanto dos assistentes técnicos como dos médicos, parecem estar novamente o reconhecimento das competências clínicas e científicas demonstradas pelo enfermeiro, sobretudo por parte dos assistentes técnicos que mencionam também a experiência, mas particularmente da valorização das suas competências interpessoais e relacionais que lhe conferem não só capacidade relacional e habilidades comunicacionais para educar mas essencialmente a inteligência emocional necessária para cuidar e atender os utentes e familiares com sensibilidade, respeito e competência. Daqui parece emergir um ‘papel esperado’ de coordenador da continuidade de cuidados, principalmente nas situações de utentes com feridas, com doença crónica e/ou em situação de dependência e com cuidadores familiares no domicílio.

4.3 A AUTOIMAGEM E O PAPEL PROFISSIONAL NA INTERPRETAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Cada enfermeiro possui uma autoimagem profissional que vai edificando ao longo do tempo, inicialmente através do contexto académico formativo e daí em diante pela apropriação dos pressupostos da vivência profissional e experiência no seio das instituições de saúde onde exerce, ou vai exercendo, a profissão e criando em consequência um conceito do papel que não é permanente, pois cada enfermeiro vai-o reconstruindo de acordo com o que profissionalmente e socialmente é esperado da sua prática profissional mas sobretudo da sua interpretação da própria profissão (Brookes *et al.*, 2007).

Na USF e na UCSP os enfermeiros revelaram uma autoimagem similar embora com diferentes níveis de consciência e de explicitação objetiva, como se exemplifica com alguns excertos:

Começo a ver como enfermeiro de família, temos o nosso ficheiro, temos famílias a quem prestamos cuidados desde o nascimento até idade avançada... no fundo é de gestor, de orientador dos cuidados, embora eles possam não reconhecer... (E1);

Neste momento trabalhamos como enfermeiro de família e tento ser sempre eu a atender os meus utentes para os poder acompanhar ao longo do seu ciclo de vida e em qualquer situação, nas várias fases, tanto nas consultas de enfermagem na infância, na diabetes, no planeamento... (E5);

... não é só o que está no papel que é importante, nós aqui sempre tentámos trabalhar como enfermeiro de família e então eu presto cuidados aos meus utentes, do meu ficheiro, desde a grávida até ao idoso. (E4);

Enfermeiro de família, trabalhamos em equipa, temos um determinado número de utentes, somos associados a um médico de família e a um administrativo. (E10);

Vejo-me essencialmente como cuidador do utente... acompanhar o utente não só no CS mas também com a sua família, com outras instituições a quem o utente esteve ligado antes de recorrer ao CS, por exemplo se esteve hospitalizado, sou o elo de ligação... (E7);

No fundo nós somos um pouco o tapa buracos, como é que eu vou explicar... nós estamos sempre prontos para ajudar em tudo e nunca dizemos não ao utente... (E2).

Na UCC os enfermeiros evidenciaram necessidade de algum tempo de reflexão antes de expressarem a sua autoimagem e tiveram alguma dificuldade em traduzirem-na por palavras:

Estamos mais direccionados para trabalhar com a comunidade e abarcando conhecimentos em várias áreas... temos que reunir competências mais abrangentes para assumir um papel mais dinamizador na equipa para pôr a andar projetos e atividades... (E12);

... prestador de cuidados mas mais direccionados para grupos de utentes e para a comunidade... o 'ir para o terreno'... para além da prestação direta de cuidados cuidativos no domicílio é elaborar projetos e não atividades isoladas, com parceiros da comunidade, executar esses projetos, avaliar se efetivamente funcionou ou não funcionou para responder às necessidades da comunidade... (E13).

Quando questionados sobre o que consideravam prioritário para o desenvolvimento do papel profissional do enfermeiro, foi com alguma convicção e espontaneidade que de forma consensual nomearam o investimento na visita domiciliária ($f = 10$), a implementação da consulta de enfermagem sem ser agregada à consulta médica ($f = 9$), as reuniões interprofissionais sistematizadas ($f = 8$) e os registos informatizados ($f = 5$), mas na ordem com que as evocaram em termos de priorização atribuída posicionaram as consultas de enfermagem. Sem haver necessidade de solicitar explicações foi

naturalmente que os enfermeiros da USF e da UCSP justificaram a importância das consultas de enfermagem:

A afirmação e desenvolvimento das consultas de enfermagem é essencial, nós temos de valorizá-las e mostrar que sabemos fazê-las e bem, e que não é só complementar à consulta médica, são diferentes, a consulta de enfermagem é mais direcionada para ensinar cuidados ao utente ou para ensinar os familiares como cuidar daquele utente... para fazer a vigilância de saúde em todas as áreas... estamos bem posicionados porque somos sempre os primeiros a contactar com o utente e que depois asseguramos a continuidade, temos o papel de ajudar os familiares e dar apoio... (E9);

É onde podemos marcar a diferença, estamos mais despertos, mais aptos para orientar, para apoiar... como trabalhamos como enfermeiros de família, já temos os nossos ficheiros, conhecemos melhor os utentes, as famílias, eles também já nos conhecem, já vêm ter connosco, podemos ter uma intervenção diferente! (E2);

Apostar nas consultas enfermagem, temos conhecimentos mais específicos e vamos de encontro às necessidades porque nós conseguimos estar mais próximos e identificar mais facilmente o que o utente precisa para além dos cuidados curativos, e temos o tempo muito limitado e é importante rentabilizá-lo no atendimento ao utente. (E10);

Precisamos de dedicar mais tempo aos nossos utentes, aos familiares... somos enfermeiros de família e não temos tempo para estar com os utentes para tirar dúvidas, para fazer ensinios, precisávamos de investir nos cuidadores, muitas vezes necessitávamos de chamar a família porque é preciso para ajudar o doente, ou mesmo quando eles vêm acompanhar o utente à consulta, e não temos tempo para nada... (E4);

... já fazemos só consultas de enfermagem para a gestão da diabetes, podíamos implementar a consulta de enfermagem aos que tivessem uma doença crónica... também os idosos... acompanhar a gestão terapêutica a par com a gestão dos cuidados... a gestão dos cuidados é nossa, somos nós que orientamos e garantimos a sua continuidade! (E3).

A relevância da visita domiciliária surgiu fundamentada pelos enfermeiros de todas as unidades funcionais:

... as visitas domiciliárias é outra das áreas em que como enfermeiros devíamos investir, há cada vez mais utentes a necessitar e não conseguimos dar resposta e mesmo havendo a equipa da UCC há utentes que preferem que sejamos nós a assegurar enquanto conseguirmos, a ligação é mais forte mas não temos condições de garantir a continuidade que eles necessitam... também nos casos após a alta é importante que a gente conheça a realidade do utente, porque o que se conhece aqui não tem nada a ver com o que nos deparamos quando vamos ao domicílio, é importante que se conheça o meio onde ele está inserido para se fazerem as orientações e até encaminharmos para resolver determinadas situações... e esta é uma das competências do enfermeiro... uma visão global como tem o enfermeiro mais nenhum outro profissional da equipa tem, podem até ver como está o doente, que condições tem a casa, mas por exemplo, a maneira como está a ser cuidado, a capacidade do cuidador e as dificuldades que ele tem só o enfermeiro é que consegue perceber e integrar no todo... (E5);

Se conseguíssemos fazer uma prevenção das situações se calhar tínhamos outros resultados, íamos reduzir algumas situações como as úlceras de pressão... se conseguíssemos fazer um investimento mais 'in loco' reduzíamos muita coisa... e esta é uma área nossa, trabalhar com a família, cada vez mais no domicílio porque iremos ter cada vez mais pessoas com doenças crónicas e degenerativas, com doenças psiquiátricas, idosos mais idosos e cada vez mais dependentes e com mais necessidades e lá está, vão precisar de cuidados médicos mas cada vez mais de cuidados de enfermagem no domicílio, e de apoio aos familiares e isso é da nossa competência! (E3);

A visita domiciliária é também onde podíamos investir... avaliamos não só o utente mas também a família, o meio onde ele está inserido, e a partir daí conseguimos estabelecer um plano para resolver os problemas que ele tem e para as necessidades que pode vir a ter e encaminhamos quando é necessário, seja para a assistente social ou para a parte médica, ou mesmo para outras instituições que possam dar apoio, há um conjunto de outros recursos que nós conseguimos ver melhor do que outros profissionais, meios, condições, o que é que a família pode ajudar, quem é que pode ser o prestador mais direto, que recursos é que tem a nível familiar e a partir daí conseguimos dar resposta... (E6);

Investir nas visitas domiciliárias de carater preventivo, o que não significa que deixemos de fazer ou descuremos as de carater curativo, o enfermeiro quando faz um penso a uma ferida ou a uma úlcera varicosa não é só ‘lavar e desinfetar’, os enfermeiros foram investindo, o conhecimento foi evoluindo e hoje conseguimos obter resultados e cicatrização em 4, 5 meses em úlceras que tratávamos à 7, 8 anos... não é um técnico que consegue fazer isto, não se prestam cuidados a uma ferida, é a um utente, é preciso olhar para ele como um todo e articularmos todas as informações para gerir a situação de um utente que tem uma ferida, mas que também pode ter uma dor, necessitar de um cuidador, de orientações para coadjuvar a cicatrização da ferida e para o seu estado global e bem-estar (E11);

Investir nas visitas ao domicílio porque nós temos uma perspetiva e um conhecimento abrangente mas ao mesmo tempo com alguma profundidade que outros profissionais não têm, ainda há pouco tempo detetei a situação de uma senhora que era cuidada pelas assistentes de lar, ficou com úlceras de pressão, as assistente faziam-lhe os pensos sem terem preparação e conhecimento e foi necessário intervir, porque a senhora tinha risco de desenvolver mais úlceras e as que tinha estavam infetadas... estas senhoras que prestam cuidados não têm competências nem conhecimentos para evitar infeções, para selecionar e manipular material, e por aí fora... uma coisa é saber como se faz outra é porque se faz, a avaliação de uma ferida implica que o enfermeiro tenha conhecimentos de anatomia, fisiologia, nutrição e muitos outros que suportam aquilo que faz! (E14);

É necessário alargar a resposta da ECCI pela crescente procura e necessidade que cresce de dia para dia. (E13).

Foram menos profícuos na argumentação relativamente à importância das reuniões interprofissionais e dos registos mas as palavras destes dois enfermeiros acabam por ser eloquentes:

Termos reuniões de serviço também para discutir casos era importante porque é uma forma de percebermos melhor o papel de cada um e de aprendermos em conjunto... (E9);

Investir nos registos, melhorar o que registamos é fundamental porque cada vez mais o que fica registado é que vai ser avaliado... infelizmente nos indicadores não valorizam a parte humana e das relações pessoais, só o que fica registado... e nós

podemos registar isso, há espaço para o fazer e dar a conhecer que para os enfermeiros o tempo de escuta dos utentes, dos familiares, e o que gastamos a tirar dúvidas também faz parte dos cuidados, mas não o registamos... às vezes lá registamos os ensinios mas não cabe lá tudo! (E4).

Quando se conduziram os enfermeiros a refletir sobre as condicionantes ao desenvolvimento do seu papel profissional surgiram como dominantes os contingentes organizacionais e de recursos mas houve um enfermeiro que os extrapolou, conforme ilustram as passagens seguintes:

A parte organizacional e também a pressão dos indicadores... a maioria deles são-nos apresentados como necessários e diretamente relacionados com a enfermagem creio que só estão o da vacinação e o da visita domiciliária... (E1);

Como tudo está organizado... por exemplo, a visita domiciliária o tempo é muito limitado, o transporte é muito limitado, só temos uma tarde por semana, há equipas que têm mais domicílios do que outras... ter tempo para fazer os registos mais adequados, não ficar só pelo mínimo exigido e documentar o que realmente fazemos... mais tempo para ouvir o utente, para fazer ensinios a partir das suas dúvidas e dificuldades, não tão depressa e protocolado como é agora... (E2);

O problema está na organização, somos enfermeiros de família mas na UCSP não nos dão condições para desempenhar esse papel e nós próprios também ainda não percebemos muito bem o que isso implica... ainda estamos muito focados no utente e isso reflete-se também na equipa, no médico e no administrativo, que também não reconhecem o enfermeiro como enfermeiro de família! (E7);

Somos poucos elementos, temos horários sobrecarregados, na UCSP as equipas estão geograficamente muito dispersas... (E9);

A falta de recursos ... a carteira de serviços da UCC poderia ser alargada se tivéssemos uma unidade móvel, poderíamos estar muito mais perto da população que está dispersa e é idosa, poderíamos alargar a acessibilidade aos cuidados que já prestamos... (E12);

Os próprios enfermeiros... o enfermeiro não está a assumir plenamente as suas funções e responsabilidades perante o utente... o enfermeiro tem que assumir a responsabilidade pelos cuidados ao utente, acho que quando o utente se dirige ao

CS devia ser atendido primeiro pelo enfermeiro para decidir se aquele utente precisa de consulta médica e solicitá-la e não o contrário, que é o que acontece, o utente marca uma consulta médica e depois acaba por ter uma consulta de enfermagem que não marcou, isto não faz sentido! A formação que nós temos, com todas as competências que nos dá coloca-nos essa responsabilidade... que é maximizar, potencializar a saúde do utente ou orientá-lo e encaminhá-lo para outros profissionais, são estas as funções do enfermeiro e para as quais tem as competências mais adequadas. (E11).

A autoimagem profissional detida por estes enfermeiros revela-se congruente com as suas expectativas face ao desenvolvimento futuro do seu papel. Aparentemente parecem ter-se apropriado dos princípios e do enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das USF e UCSP (Decreto-Lei n.º 118/ 2014) e para lá dos discursos formais aparecem os indícios que revelam a compreensão do seu papel como *pivot* central na equipa para assumir a família também como foco de atenção e para lhe assegurar a acessibilidade aos cuidados mais adequados e contextualizados, o que tendencialmente será no domicílio. Esta era já uma orientação do ICN que em 2010 defendeu que os enfermeiros deveriam assumir a vanguarda dos cuidados na doença crónica, nomeadamente através do apoio e orientação também às famílias e em contexto domiciliário, para assim servirem a comunidade e garantirem a qualidade dos cuidados, e em 2015 reforçou esta ideia incitando os enfermeiros para constituírem uma força para a mudança através do desenvolvimento pleno das suas funções e responsabilidades demonstrando a eficiência e a eficácia da sua intervenção na obtenção de ganhos em saúde através de uma forma de cuidar rentável mas de qualidade e proporcionando um atendimento mais contextualizado das necessidades do utente e família.

Efetivamente, estes enfermeiros identificaram-se como elementos chave para assegurar a continuidade dos cuidados através da consulta de enfermagem e da visita domiciliária, quer através de intervenções preventivas, quer na prestação de cuidados de cariz curativo que consideram da área de competência da enfermagem, quer no apoio e orientação de cuidadores informais e formais face às necessidades das pessoas dependentes devido à idade ou a doença crónica. Dos discursos emergem todos os requisitos que comprovam a oportunidade para assumirem um papel de liderança na gestão dos cuidados mas o que está implícito nas suas palavras e foi perceptível no seu encadeamento no decurso das diferentes entrevistas foi que as expectativas face ao seu

‘papel esperado’ não são tão abrangentes mas colocam-se num duplo papel de ‘coordenador da continuidade dos cuidados ao utente’ nas diferentes situações de saúde e fases do ciclo vital pela oportunidade de proporcionarem cuidados numa perspetiva longitudinal, e de ‘coordenador do processo de cuidados no domicílio’, no sentido do profissional da equipa mais adequado para organizar o plano de intervenção e orientar para os diferentes recursos mas sem se assumir como o responsável, como o gestor de caso pela intervenção integral.

5. DAS DIFERENTES PERCEPÇÕES SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO À POSSIBILIDADE EM (RE)CONSTRUÇÃO: PRINCIPAIS CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Ao analisar-se o caso como um todo, da triangulação espacial, da triangulação dos dados das diferentes entrevistas (aos enfermeiros, aos outros profissionais de saúde e aos utentes) e da triangulação da síntese temática das evidências de cada caso e entre casos, aparentemente não emergiram diferenças acentuadas nas percepções sobre o papel do enfermeiro entre os casos em análise. Na construção discursiva dos participantes a significação atribuída ao papel do enfermeiro nas equipas da USF, da UCSP e da UCC, embora verdadeiramente contextualizada parece ser alheia ao processo de mudança organizacional e não se identificaram padrões únicos de cada caso mas antes algumas replicações entre casos (Yin, 2010) face às perspetivas e expetativas reveladas.

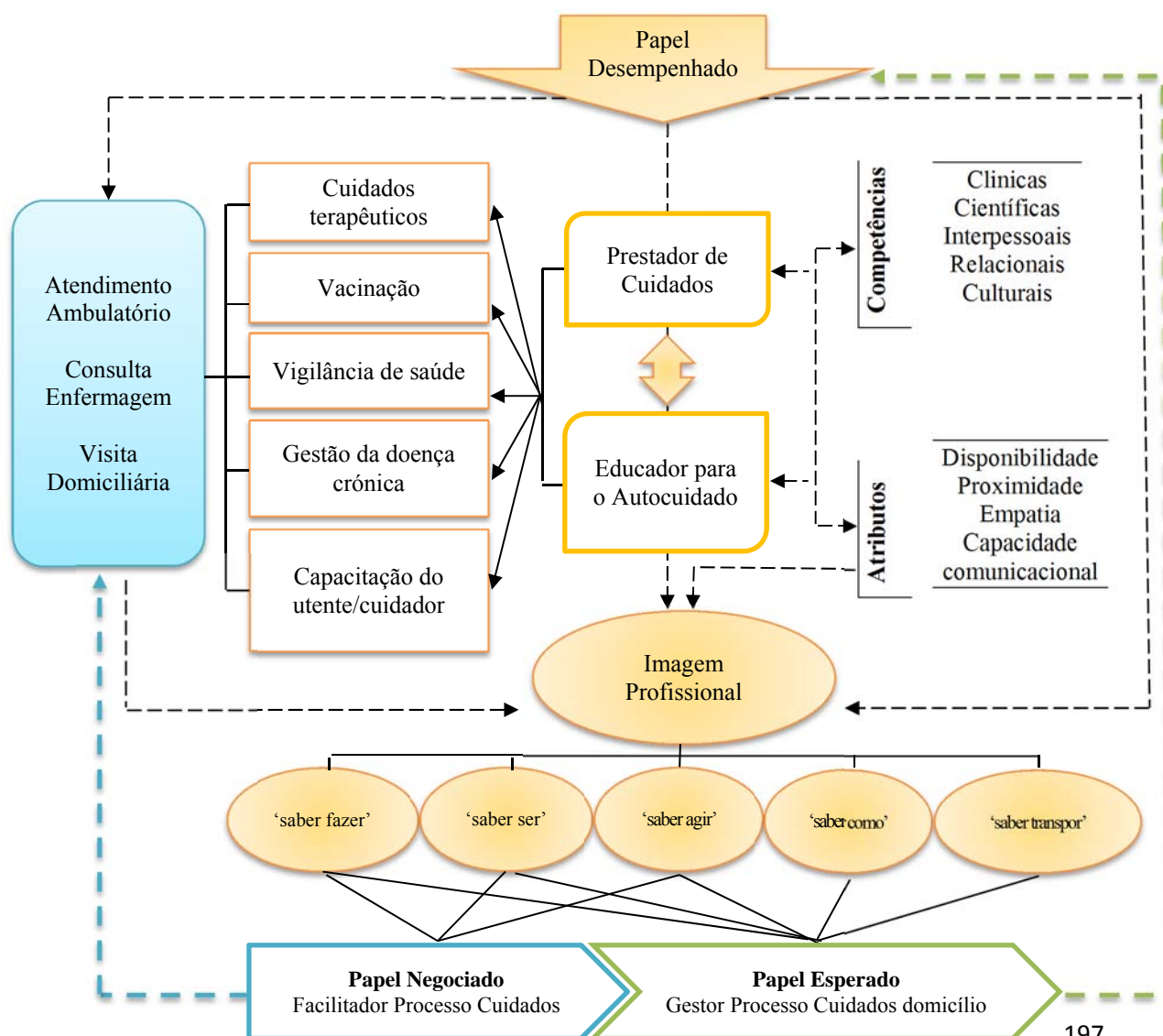
Dos significados explícitos nos discursos dos diferentes participantes e da interpretação das diferentes percepções e conceituações latentes, tentou-se teorizar o seu conteúdo semântico, como refere Patton (2002), organizando os seus sentidos e implicações mais amplos em esquemas conceituais que ilustram as conexões e fio condutor das interpretações relativas ao ‘papel desempenhado’, ao ‘papel negociado’ e ao ‘papel esperado’ do enfermeiro na perceção dos diferentes participantes, que permitem efetuar comparações e retirar algumas conclusões.

Relativamente ao ‘papel desempenhado’ há replicações no reconhecimento da prática diferenciadora do enfermeiro, com distinção em primeiro lugar das suas competências clínicas e instrumentais evidenciadas nos cuidados de cariz terapêutico, pelo que por todos foi reconhecido como central o subpapel de ‘Prestador de Cuidados’. Indissociável a este subpapel surge outro também nomeado por todos, o de ‘Educador para o Autocuidado’, resultante do reconhecimento das competências interpessoais e relacionais do enfermeiro, com destaque por parte dos utentes também da competência de contextualização cultural dos cuidados, e da valorização de atributos como a proximidade aos utentes e familiares, a empatia e a capacidade comunicacional que evidencia no seu agir profissional. Com pequenas diferenças, todos contextualizam o desenvolvimento destes subpapéis no atendimento ambulatorio, na consulta de

enfermagem e na visita domiciliária, nomeando práticas e intervenções do enfermeiro que abrangem desde a triagem de situações agudas, os distintos cuidados terapêuticos, o tratamento de feridas, a vacinação, a vigilância de saúde, a gestão da doença crónica e a capacitação do utente e cuidador, conforme se pode observar nas Figuras 7, 8 e 9.

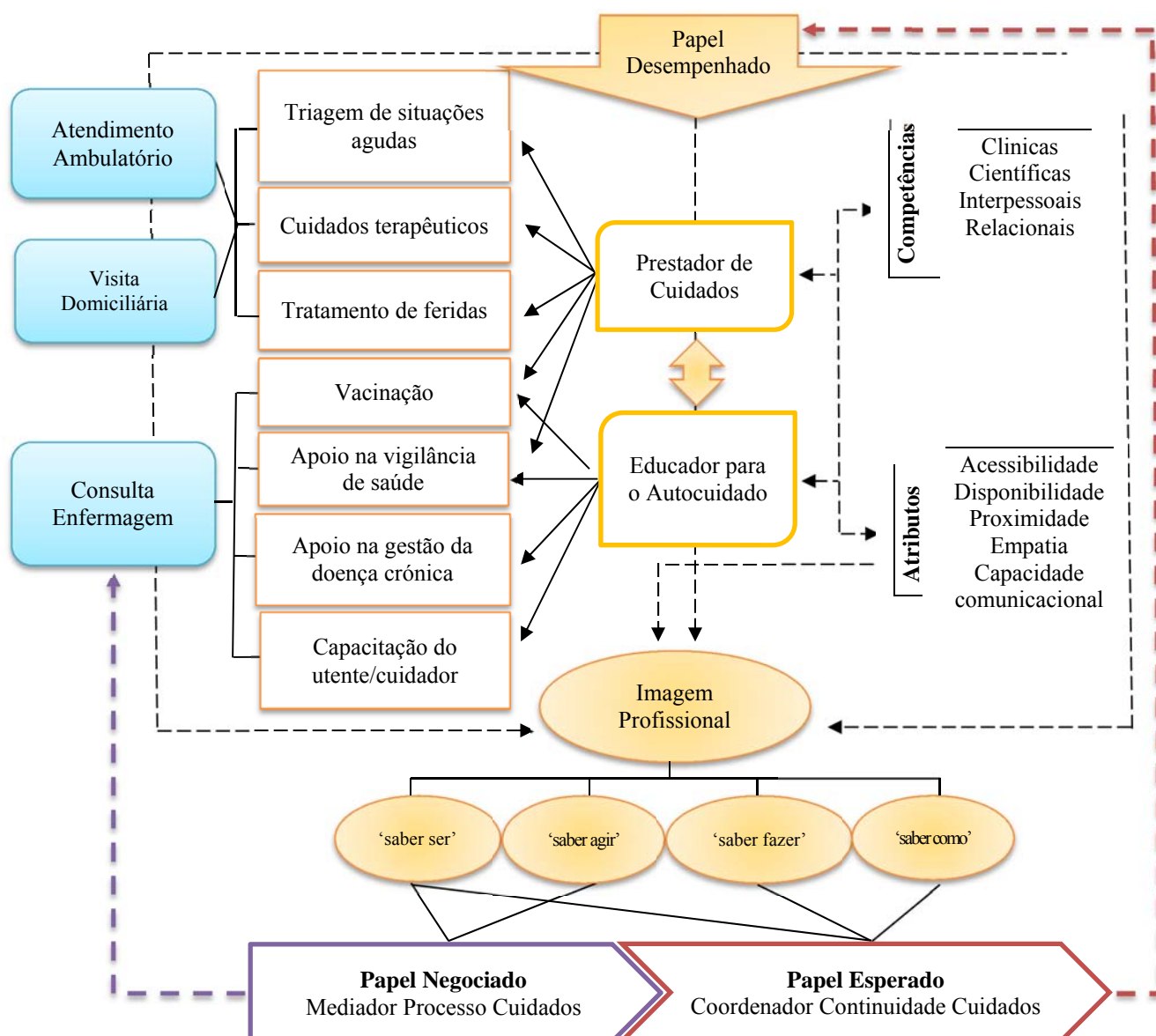
Registaram-se também replicações na construção de uma imagem profissional do enfermeiro ancorada neste ‘Papel desempenhado’, sendo transversal a todos os participantes a valorização dos diferentes ‘saberes’ que o enfermeiro mobiliza, conjuga e incorpora nas suas diferentes práticas e consoante cada situação e contexto. Foi da conjugação dos ‘saberes’ valorizados por cada grupo de participantes que foi possível inferir as suas perspetivas sobre o ‘Papel negociado’ na equipa de saúde e as suas expetativas relativamente ao ‘Papel esperado’ do enfermeiro. O fio condutor das perspetivas e expetativas dos utentes encontra-se na Figura 7.

Figura 7 - O ‘papel’ do enfermeiro nas perspetivas e expetativas dos utentes



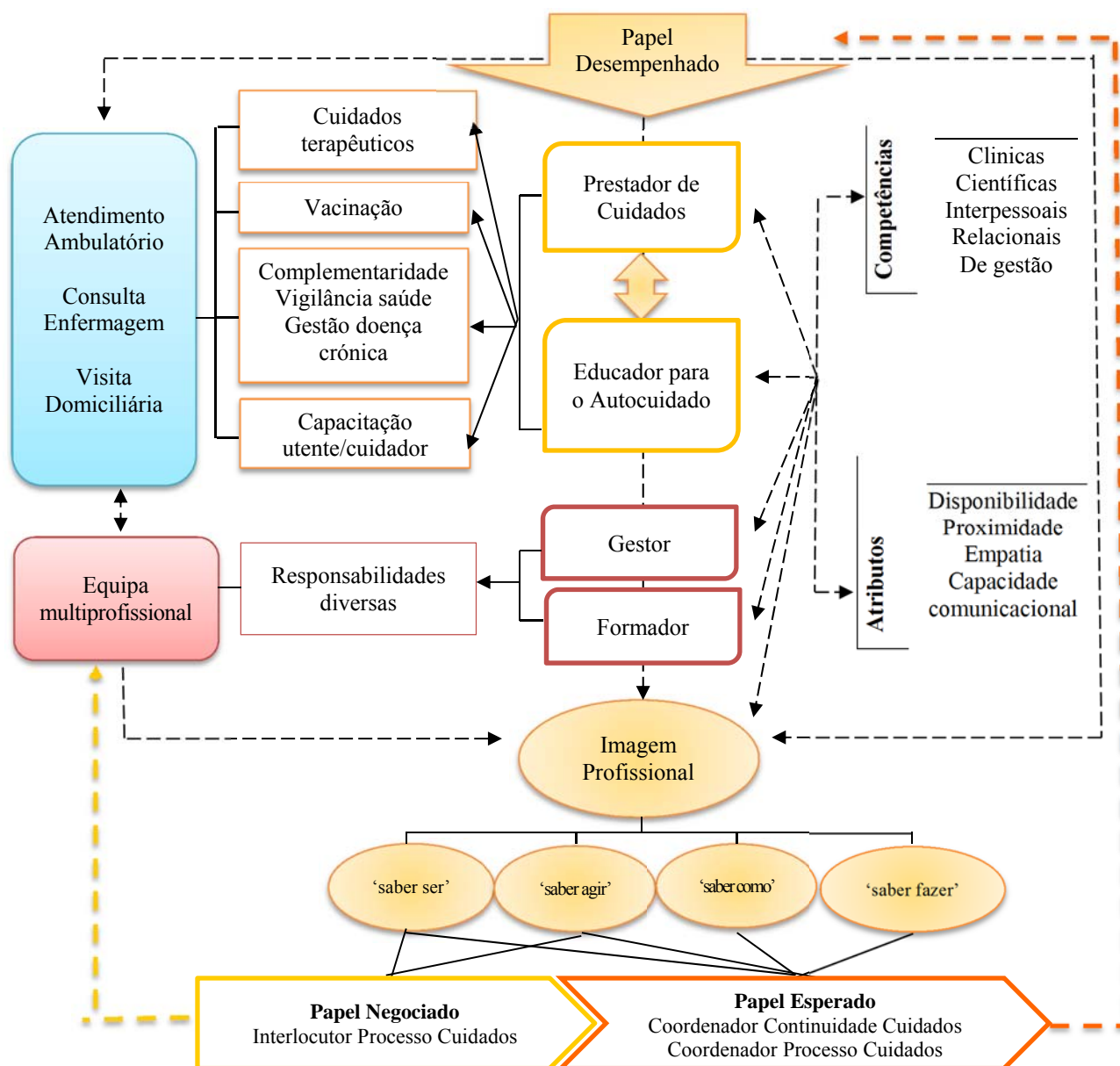
Os utentes valorizam no enfermeiro a forma como reúne no seu agir o ‘saber fazer’, o ‘saber ser’ e o ‘saber agir’ pelo que lhe atribuem um ‘papel negociado’ de ‘Facilitador do processo de cuidados’. Consideram os utentes que quando o enfermeiro se desloca ao seu domicílio para prestação de cuidados demonstra na sua intervenção para além destes ‘saberes’ também o ‘saber que e como fazer’ adequado às características de cada família e especificidades de cada domicílio e o ‘saber transpor’ que evidencia na articulação de todos os recursos necessários a cada situação, daí que o ‘papel esperado’ do enfermeiro seja de ‘Gestor do processo de cuidados no domicílio’. Na Figura 8 estão reunidas as perspetivas e expetativas dos médicos e assistentes técnicos, que se revelaram similares.

Figura 8 - O ‘papel’ do enfermeiro nas perspetivas e expetativas dos outros profissionais



Na equipa de saúde, os médicos e os assistentes técnicos percebem o enfermeiro como elemento central na acessibilidade aos cuidados pelo seu ‘saber ser’, pelo ‘saber agir’ perante o utente e as famílias, ‘saberes’ estes que o colocam também como elo na comunicação com os profissionais e entre estes e os utentes, emergindo como ‘Mediador do processo de cuidados’ o seu ‘papel negociado’ na equipa. No ‘papel esperado’ do enfermeiro estes profissionais têm a expectativa de que seja ‘Coordenador da continuidade de cuidados’ pela conjugação dos seus ‘saber ser’, ‘saber agir’, ‘saber fazer’ e ‘saber como’ integrá-los nos diferentes contextos e situações. A Figura 9 sintetiza esquematicamente a representação dos enfermeiros sobre o seu papel e as expetativas que têm sobre ele.

Figura 9 - Perspetivas e expetativas dos enfermeiros sobre o seu ‘papel’



Os enfermeiros percebem o seu ‘papel negociado’ na equipa tendo como referencial as suas competências interpessoais e relacionais que consideram ser a base dos seus ‘saber ser’ e ‘saber agir’ que mobilizam no seu agir profissional e que lhe conferem uma posição de ‘Interlocutor no processo de cuidados’ face aos utentes e ao resto da equipa. Da valorização que fazem, e do reconhecimento que percebem nos outros, destes saberes e dos seus ‘saberes como fazer’ emerge o seu ‘papel esperado’ assumindo uma dupla expectativa quanto a vir ser ‘Coordenador da continuidade de cuidados’ em regime ambulatorio e ‘Coordenador do processo de cuidados no domicílio’, expectativas estas que não decorrem apenas da sua motivação profissional mas são em grande parte determinadas pela sua leitura do contexto organizacional externo à profissão e às próprias equipas.

Da síntese transversal do caso, aparentemente estes resultados revelam convergências entre as perspetivas e as expectativas dos utentes e dos outros profissionais com as dos enfermeiros, mas após o seu cruzamento analítico com o quadro conceptual e as questões de investigação importa discutir alguns aspetos e refletir sobre as suas implicações.

Se as perspetivas de todos os participantes sobre o ‘papel desempenhado’ pelo enfermeiro surgiram idênticas relativamente à identificação e enumeração das práticas diferenciadoras do enfermeiro, na valorização das competências que nelas evidencia e no reconhecimento dos ‘saberes’ que mobiliza despontaram algumas diferenças, revelando os utentes uma perspetiva mais abrangente face aos profissionais da equipa e aos enfermeiros. Efetivamente é junto dos utentes que começa a aparecer uma representação do papel profissional do enfermeiro no qual deixam de estar ocultos a sua competência cultural e alguns dos seus ‘saberes’. Nos diferentes contextos os utentes reconheceram a sensibilidade no ‘agir profissional’ do enfermeiro que lhe permite intervir de forma não só personalizada mas sobretudo contextualizada nos seus hábitos culturais. Há semelhança dos resultados encontrados nas revisões da literatura realizadas por McFarland and Eipperle (2008) e Neves (2012) é esta competência para contextualizar culturalmente os cuidados de enfermagem e a abordagem dos cuidados de saúde, que está a delinear o papel profissional dos enfermeiros ao nível dos CSP independentemente do modelo organizacional de cada país.

A implementação do enfermeiro de família e a consulta de enfermagem por ele desenvolvida parecem ter confirmado junto dos utentes os ‘saberes que e como fazer’ da

sua experiência profissional e conferido visibilidade ao seu ‘saber ser’ na relação interpessoal e à inteligência prática do seu ‘saber-agir’. No entanto, é a visita domiciliária que emerge como cerne para o reconhecimento não só destes ‘saberes’ mas da sua conjugação com o ‘saber como’ e o ‘saber transpor’ resultantes da capacidade do enfermeiro em interpretar as necessidades dos utentes mas também dos familiares ou cuidadores informais e de mobilizar e combinar os recursos para lhes responder, ‘saberes’ estes não valorizados pelos enfermeiros e pelos outros profissionais da equipa.

Como defende Hesbeen (2013) a prática da prestação de cuidados de qualquer profissional não é redutível a atos, porque cada ato realizado é dirigido a uma pessoa singular que sente, apreende ou espera alguma coisa que lhe é particular, e é neste pressuposto que se interpreta a valorização dos ‘saberes’ do enfermeiro atribuída pelos utentes, que parecem apreender a ‘inteligência do cuidar’ dos enfermeiros, a inteligência “... que acompanha e reveste os actos de cuidados e dá a cada um destes um relevo particular, uma importância singular, uma perspectiva sempre renovada (...) que poderá libertar um sabor a cuidados, no seio das estruturas de cuidados.” (Hesbeen, 2013, p. XV). É o reconhecimento desta ‘inteligência do cuidar’ que transparece dos discursos dos utentes em resultado da relação que o enfermeiro estabelece nas práticas de cuidados e que, como diz Hesbeen (2013), é portadora de significado e respeitadora da singularidade de cada utente e de cada familiar ou cuidador, que não se resume à justaposição de diferentes formas de saberes, que comporta tanto o recurso aos saberes teóricos e práticos como uma competência relacional de situação. Esta valorização da ‘inteligência do cuidar’ vem confirmar “... que a prática de cuidados não se reduz, não se resume, aos únicos gestos visíveis, observáveis e mensuráveis, tão frequentemente presentes para qualificar e avaliar a prática dos diferentes prestadores de cuidados.” (Hesbeen, 2013, p. XV).

Na equipa de saúde o papel do enfermeiro ainda surge concetualmente influenciado, mesmo que de forma não consciente, pela natureza profissional e especialidade disciplinar dos diferentes profissionais, e a valorização do agir profissional do enfermeiro é tendencialmente centrada nas características e práticas individuais e não nas competências associadas à profissão. Independentemente da subtil supremacia médica que envolve a equipa e os cuidados, os resultados mostraram que os enfermeiros foram considerados pelos outros profissionais e pelos utentes como o núcleo das práticas de saúde, mostraram também que os enfermeiros desenvolvem funções de

gestão e assumem responsabilidades diversificadas no trabalho em equipa que lhes permitem assegurar o seu funcionamento e o da unidade funcional e gerir grande parte da informação que se gera, o que de acordo com Pedro Gómez and Morales Asencio (2004) e Nowicki (2015) lhes confere um tipo de poder ‘invisível’ múltiplo, automático e anónimo, mas tal como defendem Bellato and Pereira (2006) este poder parece não ser suficiente para relativizar o conceito do poder hierárquico e do saber instituído que culturalmente se impõe na área da saúde.

Efetivamente o estudo revelou que a prática colaborativa entre os enfermeiros e os médicos está mais próxima da multidisciplinaridade do que da interdisciplinaridade. Apesar disso, os resultados do estudo evidenciaram confiança da equipa nas competências do enfermeiro o que é essencial na prática de colaboração interdisciplinar, defendendo Orchard *et al.* (2005) que não só influencia o reconhecimento da capacidade de tomada de decisão de cada área profissional e disciplinar como também a responsabilidade compartilhada na tomada de decisão dos cuidados. No entanto o estudo revelou também que os enfermeiros percebem que o seu papel é sobretudo condicionado por determinantes estruturais externos à equipa, como a cultura organizacional e não tanto pela cultura profissional, o que parece opacificar as competências da prática de enfermagem no modelo organizacional de implementação e gestão de cuidados e lhes condiciona o seu poder sobre o conteúdo e o contexto das suas práticas, sendo exemplo paradigmático as visitas domiciliárias reguladas pela contratualização de cada unidade funcional. Este foi precisamente o contexto de prestação de cuidados que emergiu dos resultados como o mais evidenciado pelos utentes perante as expectativas que têm sobre o papel que o enfermeiro pode ter na satisfação das suas necessidades e resolução dos seus problemas de saúde, e também salientado pelos próprios enfermeiros que o reconheceram como a oportunidade de demonstrar o poder que há nas suas intervenções, nos cuidados que presta e nas relações de cuidar, o que tanto Cowling, (2004) como Daiki (2004) consideram fundamental para distinguir a enfermagem de outras disciplinas.

Como defende Nolte (2005), para que a prática colaborativa interdisciplinar se desenvolva há necessidade de uma mudança cultural, de ressocialização quer ao nível dos profissionais de saúde, quer dos decisores e gestores em saúde, quer dos educadores no ensino das profissões de saúde, mas também dos utentes, uma vez que as representações nas profissões de saúde são baseadas nos processos de socialização e

associadas às atitudes veiculadas e há prática específica dos diversos profissionais no desempenho dos seus papéis, tal como referem Orchard *et al.* (2005). Na promoção da compreensão das abordagens interdisciplinares Gum *et al.* (2013) reforçam a importância da participação dos utentes e do seu envolvimento nas decisões sobre a sua saúde, o que implica não só a discussão sobre os diferentes papéis na equipa interdisciplinar mas também a sua clarificação dos junto dos utentes. Todos estes autores mostram a relevância da discussão disciplinar em saúde, para que cada grupo profissional alcance não só uma compreensão clara das suas funções e competências e dos seus próprios padrões de práticas e impacto sobre a prática dos outros profissionais, como também o reconhecimento dos limites de sua própria área profissional e disciplinar.

Assim, em primeiro lugar, assume especial relevo a promoção de espaços de reflexão junto dos próprios enfermeiros, que sirvam de mote para a discussão do seu papel e de estímulo para o desenvolvimento de um poder contextualizado, referido por Manojlovich (2007) como construído pelo desenvolvimento conjunto do conhecimento que é adquirido através da formação, da experiência e da perícia na interação com os outros profissionais e sobretudo com os utentes. Como defendem Cowling (2004) e Daiski (2004), a reflexão e discussão sobre os contributos de enfermagem não só na resposta às necessidades de saúde dos utentes, famílias e grupos da população mas também na qualidade, na segurança e no acesso equitativo aos cuidados, tem de surgir, em primeiro lugar, da convicção e reconhecimento pelos enfermeiros. Eventualmente, poderá reforçar o ‘querer-agir’ já evidenciado na cultura profissional e que advém da autoimagem profissional em (re)construção, e impulsionar o ‘poder-agir’ junto da cultura organizacional. A iniciativa e o envolvimento voluntário nas discussões e na construção de consensos, o compartilhar saberes disciplinares para além do partilhar de informações, são apontados por Nancarrow *et al.* (2013) como essenciais para desenvolver a cultura colaborativa interdisciplinar.

Fontaine (2013) afirma que cuidar em conjunto não é simples já que implica manter na mesma dinâmica a “... especialização e divisão do trabalho; afirmação de identidades profissionais e delimitação dos territórios de intervenções; procura de sentido, de unidade e de globalidade.” (p. 80), considerando que só se pode falar de uma prática do cuidar em comum quando ocorre uma ação de transformação voluntária, com reconhecimento por cada um dos profissionais de uma identidade partilhada e dinâmica

de decisão no seio de uma problemática de saúde. Neste sentido, promover igualmente espaços de reflexão multiprofissionais e formação multidisciplinar que proporcionem a desconstrução conjunta de conceções, o desocultar de ‘saberes’ do enfermeiro, o esbater de limites profissionais ou disciplinares, facilitará não só a mudança de expectativas e a reconfiguração de papéis dos diferentes profissionais na equipa, como também o desenvolvimento de estratégias necessárias para uma prática colaborativa interdisciplinar promotora do desenvolvimento do papel dos enfermeiros na procura dos cuidados mais eficazes em resposta às necessidades dos utentes e famílias e obtenção de ganhos em saúde. As equipas de saúde da USF, da UCSP e da UCC parecem reunir as condições necessárias ao desenvolvimento da prática colaborativa interdisciplinar, uma vez que tanto Orchard *et al.* (2005) como Nancarrow *et al.* (2013) sugerem que nas equipas pequenas e que se auto constituíram pela livre escolha dos seus membros estão facilitados os processos de tomada de decisões participadas. Mas como defendem Gum *et al.* (2013) é indispensável também que haja flexibilidade dos diferentes profissionais para aprender e partilhar saberes fundamentais, e Nolte (2005) e a OMS (WHO, 2010) reforçam que é igualmente necessário disponibilidade de tempo e espaço para a equipa interagir, para a prática reflexiva, para negociar decisões, preferencialmente através da implementação sistemática de reuniões formais e de sessões formativas em conjunto.

Se “A equipa é o lugar privilegiado onde se exprime a prática do cuidar.” (Fontaine, 2013, p. 87) o cuidar em conjunto só faz sentido se o utente, a família e os outros cuidadores, e mesmo a comunidade onde se inserem, forem integrados na dinâmica do cuidar, sendo também essencial para que ocorra um reconhecimento mútuo de saberes. Atendendo a que os beneficiários do cuidar são implicados nas práticas de cuidados no campo da enfermagem, Fontaine (2013) considera que podem enriquecer a reflexão, sugerindo que sejam escutados. Assim, promover espaços de discussão e estratégias de auscultação dos utentes, de cuidadores e parceiros implicados em situações de cuidados, poderá contribuir não só para a (re)orientação da negociação partilhada no domínio dos cuidados mas também para o incremento do seu dever de cidadania através da expressão da sua satisfação e expectativas face aos cuidados e a cada um dos atores neles implicados.

Por fim, coloca-se como desafio à formação académica em Enfermagem a capacidade de integrar concetualmente no desenvolvimento curricular o conjunto de saberes

diferenciadores e específicos da enfermagem, preparando o estudante para um cuidar integral profissionalizado onde os saberes teóricos e saberes práticos se fundem indo ao encontro das solicitações e necessidades das pessoas, famílias e comunidades. Este cuidar integral profissional só se torna efetivo, segundo Queirós (2015), quando resultante de operações próprias descritas no âmbito de uma epistemologia da prática com a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. Desenvolvendo competências e capacidades nos estudantes de agir qualificadamente nas situações concretas, encontrando as soluções adequadas aos problemas que se lhe colocam e que os utentes lhe apresentam, sendo que ao exercerem a reflexão sobre a reflexão na ação, escreverem e partilharem as soluções encontradas estão a construir evidência específica de enfermagem que pode ser validada pelos pares e partilhada na equipa. A formação nesta perspetiva é o fulcro para futuros profissionais detentores de enquadramentos conceituais coerentes e colaborativos que se sintam motivados para assumir um papel mais interventivo na inovação e na liderança em cuidados de saúde, capitalizando a contribuição dos enfermeiros nas equipas de saúde em geral e nos cuidados em particular, promovendo uma saúde mais integrativa e respostas mais efetivas às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades.

Ao concluir-se o estudo importa ainda fazer uma referência às implicações das opções e percurso metodológico face aos resultados obtidos. Ao optar-se por um processo de pesquisa qualitativa pretendeu-se a compreensão do papel do enfermeiro sem preocupação pela representatividade e generalização dos resultados. No entanto, o aprofundamento da sua compreensão a partir da realidade das equipas do caso selecionado baseada nas perspetivas e expectativas dos atores que o contextualizam, a ênfase que se procurou imprimir na descrição processual, a flexibilidade na interpretação da informação e o esforço analítico na construção da rede articulada dos discursos e conceitos neles veiculados, produziram evidências que se constituíram como uma validação comunitária, um ‘código de representação’ que sustenta o conhecimento real do caso estudado (Denzin & Lincoln, 2006; Lincoln & Guba, 2006). Assim, na perspetiva de Flick (2005) podem considerar-se como uma generalização argumentativa de conceitos e relações encontradas que sustentam o conhecimento produzido, e como referem Yin (2010) e Stake (2012) permitem uma generalização analítica, defendendo Lincoln and Guba (2006) que como tal são suscetíveis de ‘transferibilidade de contextos’.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra, Portugal: Formasau e Educa.
- Almeida, C. & Mishima, S. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9, 150-153. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>
- Almeida, L. M. (2010). Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 79-92.
- American Psychological Association. (2012). *Manual de publicação da APA* (6ª ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Anthony, S. & Jack, S. (2009). Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1171-1181. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04998
- Aschidamini, I. M. & Saupe, R. (2004). Grupo focal - estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Revista Cogitare Enfermagem*, 9(1), 9-14. doi:10.5380/ce.v9i1.1700
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(supl.2), 11-23. doi:10.1590/S0104-12902009000600003
- Banks, M. (2009). *Dados Visuais para pesquisa qualitativa*. (J. Fonseca, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Coleção Pesquisa Qualitativa (coord. Uwe Flick). (M.F. Duarte, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. (D. Grassi, Trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70. (Revisão da ed. 2009).

- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Recuperado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative data analysis with NVivo*. Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications.
- Beauchamp, T. & Childress, J. F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo, Brasil: Edições Loyola.
- Bellato, R. & Pereira, W. R. (2006). Enfermagem: da cultura da subalternidade à cultura da solidariedade. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(1), 17-25. doi:10.1590/S0104-07072006000100002
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Bernard, H. R. & Ryan, G. W. (2010). *Analyzing qualitative data: systematic approaches*. Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications.
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma do pensamento em saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 63-64.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R. & Carreira, M. (2008). *Cuidados de Saúde Primário em Portugal. Reformar para novos sucessos*. (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais. (Obra original publicada em 2006).
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático 2, 5-12.
- Brookes, K., Davidson, P.M., Daly, J. & Halcomb, E.J. (2007). Role theory: A framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems. *Contemporary Nurse*. 25(1-2), 146–155. doi:10.5172/conu.2007.25.1-2.146
- Browning, H. W., Torain, D. J. & Patterson, T. E. (2011). *Collaborative Healthcare Leadership*. Recuperado de <http://www.ccl.org>
- Carpenter, D. (2002). Exigências éticas na investigação qualitativa. In: Streubert, H. & Carpenter, D. (Eds.), *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (pp. 37-48). (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).

- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23. Recuperado de http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf
- Casey, D. & Houghton, C. (2010). Clarifying case study research: examples from practice. *Nurse Researcher*, 17(3), 41-51. doi:10.7748/nr2010.04.17.3.41.c7745
- Chamberlain-Salaun, J., Mills, J. & Usher, K. (2013). Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 65-74. doi:10.2147/JMDH.S40676
- Close, H. (2007). The use of photography as a qualitative research tool. *Nurse Researcher*, 15(1), 27-36. doi:10.7748/nr2007.10.15.1.27.c6052
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático (2), pp. 75-82.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Cowling, W. R. (2004). Pattern, participation, praxis, and power in unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*, 27, 202-214. doi:10.1097/00012272-200407000-00005
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark, V. L. & Morales, A. (2007). Qualitative Research Designs: Selection and Implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264. doi: 10.1177/0011000006287390
- Daiski, I. (2004). Changing nurses' dis-empowering relationship patterns. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 43-50. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03167.x
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163 - 7. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.005
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República n.º 109 – 1.ª Série*. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 118/ 2014 de 5 de agosto. *Diário da República n.º 149/2011 – 1ª série*. Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

- Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro. *Diário da República* n.º 229 - 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República* n.º 38 - 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril. *Diário da República* n.º 77 - 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. *Diário da República* n.º 161 - 1.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of qualitative research* (3ª ed.). Thousand Oaks, United State of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1994).
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed.). (S.R. Netz, Trad.). São Paulo, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 2003).
- Dias, A. & Santana, S. (2009). Cuidados integrados: Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 8(1), 12-20. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v8n1/v8n1a03.pdf>
- Duggleby, W. (2005). What about focus group interaction data? *Qualitative Health Research*, 15(6), 832–840. doi:10.1177/1049732304273916
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F. & Meirelles, B. H. S. (2006). Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), 483-491. doi:10.1590/S0104-07072006000300014
- Fern, E. F. (2001). *Advanced Focus Group Research*. Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications.
- Ferrão, A. & Biscaia, A. (2006). Centro de Saúde – organização de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 91-95.
- Ferrer Arnedo, C. (2011). Retos y oportunidades de enfermería comunitária. Los valores como motores de transformación en la práctica del cuidado en Atención Primaria. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4(2), 9-13. Recuperado de

<http://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/241/RIdEC.v4n2.09.Retos-2.pdf>

- Filho, N. A. (2005). Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 30-50. doi:10.1590/S0104-12902005000300004
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa Qualitativa* (2ª ed.). (S.R. Netz, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Bookman. (Obra original publicada em 2002).
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (A.M. Parreira, Trad.). Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fontaine, M. (2013). Cuidar em conjunto ou procurar reconhecer uma mesma prática do cuidar. In: Hesbeen, W. (Ed.). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano* (pp. 76-87). (A.M. Carvalho, Trad.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Fontana, A. & Frey, J. (2005). The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *The Sage Handbook of qualitative research* (pp. 695-728). (3ª ed.). Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1994).
- Freeman, T. (2006). 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 491 - 497. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04043.x
- Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. Recuperado de <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>
- Gangeness, J. & Yurkovich, E. (2006). Revisiting case study as a nursing research design. *Nurse researcher*, 13(4), 7-18. doi:10.7748/nr2006.07.13.4.7.c5986
- Gergen, M. & Gergen, K. (2003). Qualitative Inquiry: Tensions and transformation. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *The Landscape of Qualitative Research: Theories and issues* (pp. 575-610). (2ª ed.). Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1998).

- Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L. & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams. *Canadian Family Physician*, 56, 368-374. Recuperado de <http://www.cfp.ca/content/56/10/e368.full>
- Gómez, C. M. (2009). Un re-pensamiento de la noción de práctica profesional. *Revista del Pensamiento Sociológico*, Veredas especial, 37-54. Recuperado de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/12-399-5934vib.pdf
- Gondim, S. M. (2003). Grupos Focais como técnica de Investigação Qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12(24), 149-161. doi:10.1590/S0103-863X2002000300004
- Grudens-Schuck, N., Lundy Allen, B. & Larson, K. (2004). *Focus Group Fundamentals*. Recuperado de <http://www.extension.iastate.edu/Publications/PM1969B.pdf>.
- Guerreiro, I. C. Z.; Schmidt, M. L. S. & Zicker, F. (2008). *Ética nas pesquisas em Ciências humanas e Sociais na Saúde*. São Paulo, Brasil: Aderaldo & Rothschild.
- Guest, G., MacQueen, K. M. & Namey, E. E. (2011). *Applied Thematic Analysis*. Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications.
- Gum, L.F., Lloyd, A., Lawn, S., Richards, J. N., Lindemann, I., Sweet, L., Ward, H., ... Bramwell, D. (2013). Developing an interprofessional capability framework for teaching healthcare students in a primary healthcare setting. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 454-460. doi:10.3109/13561820.2013.807777
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
- Hansen-Ketchum, P. & Myrick, F. (2008). Photo methods for qualitative research in nursing: an ontological and epistemological perspective. *Nursing Philosophy*, 9, 205-213. doi:10.1111/j.1466-769X.2008.00360
- Hardy, M. E. & Conway, M. E. (1988). *Role Theory. Perspectives for Health Professionals*. (2ª ed.). Connecticut, United States of America: Appleton & Lange. (Obra original publicada em 1978).

- Heierle Valero, C. (2011). *Imagen social de la enfermera a través de los medios* (Tese de doutoramento). Universidad de Granada, Facultad de Bellas Artes, Espanha. Recuperado de <http://enfermeriacomunitaria.org/web/enfermeria-familiar-y-comunitaria/tesis-doctorales-en-enfermeria-familiar-y-comunitaria/648-aec.html>.
- Henriques, M.A., Garcia, E. & Bacelar, M. (2011). A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(Esp. 2), 1786-1791. Recuperado de www.ee.usp.br/reeusp/
- Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano*. (A.M. Carvalho, Trad.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Houghton, C., Casey, D., Shaw, D. & Murphy, K. (2013). Rigour in qualitative case-study research. *Nurse Researcher*, 20(4), 12-17. doi:10.7748/nr2013.03.20.4.12.e326
- Hurworth, R. (2003). Photo-interviewing for research. *Social Research Update*, 40. Recuperado de <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU40.pdf>
- International Council of Nurses. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. (H. Castro, Trad.). Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- International Council of Nurses. (2015). *Enfermeiros: Uma Força para a Mudança. Eficiência + Eficácia = Ganhos e Saúde*. (H. Castro, Trad.). Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE2015_vf.pdf
- International Council of Nurses. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (H. Castro, Trad.). Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- International Council of Nurses. (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados*. (H. Castro, Trad.). Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf

- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIFE® versão 2*. (H. Castro, Trad.). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Jenks, J. M. (2002). A triangulação como estratégia de investigação qualitativa. In: Streubert, H. & Carpenter, D. (Ed.), *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (pp. 331- 342). (2ª ed.). (A.P.S. Santos, Trad.). Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).
- King, N. & Horrocks, C. (2010). *Interviews in Qualitative Research*. Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications.
- Kitzinger, J. (2005). Focus Group Research: using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. In: Holloway I. (ed.), *Qualitative Research in Health Care* (pp. 56-61). Recuperado de http://www.academia.edu/1621860/Focus_group_research_using_group_dynamics_to_explore_perceptions_experiences_and_understandings
- Kramer, B. J. (2009). *The Art and Science of Interviewing Groups: Focus Group Fundamentals*. Recuperado de http://videos.med.wisc.edu/files/Art_Handout.pdf
- Krueger, R. A. (2007). *Focus Group Interviewing*. Recuperado de <http://www.learningace.com/doc/290183/b25bd730a8ba9717bd536d7e22cf22da/2-saturday-handout-2007>
- LeBoterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ª ed). (P.C.R. Reuillard, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 1984).
- LeBoterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. (M.D. Garrido, Trad.). Porto, Portugal: ASA.
- Lessard-Hérbert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*. (2ª ed.). (M.J. Reis, Trad.). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1994).
- Lincoln, Y. & Guba, E. (2006). Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds), *O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens* (pp. 169-192). (2ª

ed.). (S.R. Netz, Trad.). São Paulo, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 2003).

Lopes, J. M. (2008). A investigação em Enfermagem no contexto das ciências da saúde: Perspectivas de desenvolvimento. In: Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem (Ed.), *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados* (pp. 41- 57). Recuperado de <http://icemac.org/pdf/colectanea/2.pdf>

Lopes, N. M. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K. (2006). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing Inquiry*, 13(2), 103 - 109. doi:10.1111/j.1440-1800.2006.00309

Luz, M. T. (2009). Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio histórica de uma trajetória Paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311. doi:10.1590/S0104-12902009000200013

Manojlovich, M.(2007). Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Journal Of Issues In Nursing*, 12(1), 1091-3734. doi: 10.3912/OJIN.Vol12No01Man01

Mattos, P. L. (2011). “Os resultados desta pesquisa (qualitativa) não podem ser generalizados”: pondo os pingos nos is de tal ressalva. *Cadernos EBAFE.BR* 9 (ed. Especial, artigo 1), 450-468. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/5437>

Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20. Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.

McEwen, M. & Wills, E. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem*. (2ª ed.). (A.M. Thorell, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed. (Obra original publicada em 2007).

McFarland, M. & Eipperle, M. (2008). Culture care theory: A proposed practice theory guide for nurse practitioners in primary care settings. *Contemporary Nurse*, 28, 48-63. Recuperado de <http://www.pubfacts.com/fulltext/18844558/Culture-Care->

Theory-a-proposed-practice-theory-guide-for-nurse-practitioners-in-primary-care-settings

- Meirelles, B. H. S. & Erdmann, A. L. (2005). A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto contexto – enfermagem*, 14(3), 411-418. doi:10.1590/S0104-07072005000300013
- Meleis, A. I. (2015). O Poder do conhecimento - Capacitar os Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência IVª Série*(4), Editorial.
- Meleis, A. I. (coord.). (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. (3ª ed.) Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1994).
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007a). *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários. Carteira de serviços*. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007b). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Recuperado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/3FADF4DA-34C3-4F3C-895C-F07AE7AC51A3/2822/linhas_ac%C3%A7%C3%A3o.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2011). *Orientações para a Constituição e Implementação das UCC. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, Coordenação Estratégica*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/aprovacao_usp.pdf
- Morais, A., Marcedo, C. & Lourenço, S. (Coord.) (2014). *Plano desempenho 2015. ACeS Baixo Mondego*. Recuperado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desempenho/2015/Plano%20de%20Desempenho%202015%20ACeS%20BM.pdf>

- Morse, J. M. (2007). *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. (A.P.S.S. Espada, Trad.). Coimbra, Portugal: FORMASAU-Formação e Saúde Lda.
- Nancarrow, S.A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A.R. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team Work. *Human Resources for Health*, 11(19), 11-19. Recuperado de <http://www.human-resources-health.com/content/11/1/19>
- Neves, M. A.; Tanqueiro, M. T.; Veríssimo, C. M. & Silva, M. A.. (2013). O conceito de equipa no contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: implicações para a enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2 (2), 65-70. Recuperado de http://www.sinaisvitalis.pt/formasau/documents/Rie_2_2Serie_fev13.pdf
- Neves, M. M. A. M.C., Queirós, P. J. P. & Gaspar, M. F. M. (2014). Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 7(1), pp. 49-55. Recuperado de <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/116-ridec-2014-volumen-7-numero-1/884-originales-enfermeria-comunitaria-y-el-trabajo-en-equipo-multidisciplinar>
- Neves, M.A. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(8), 125-134.
- Newman, M. A. (2002). The pattern that connects. *Advances in Nursing Science*, 24, 1-7. Recuperado de http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2002/03000/The_Pattern_That_Connects.3.aspx?trendmd-shared=0
- Nolte, J. (2005). *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*. Recuperado de <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/enhancing-interdisciplinary-collaboration-in-primary-health-care-in-canada.pdf>
- Nowicki, R. I. (2015). La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitárias. *Revista*

- Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 5(1), 63-69.
Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/152/>
- O'Rourke, M. (2003). Rebuilding a professional practice model. The return of role-based practice accountability. *Nursing Administration Quarterly*. 27(2), 95-105.
Recuperado de <http://nursing.uclahealth.org/workfiles/orientation/Rebuilding-Professional-Practice-Model-ORourke.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2004). *Incertezas... gestão da mudança na saúde. Relatório de Primavera 2004*. Recuperado de www.observaport.org.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Luzes e sombras: A governação em saúde. Relatório de Primavera 2007*. Recuperado de www.observaport.org.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2008). *Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas. Relatório de Primavera 2008*. Recuperado de www.observaport.org.
- Orchard, C.A., Curran, V. & Kabene, S. (2005). Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, 10(11), 1-12.
Recuperado de <http://www.med-ed-online.org>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Consentimento Informado: Enunciado de posição*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2009) Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca. Recuperado de <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>

- Padilha, M. I., Ramos, F. R.; Borenstein, M. S. & Martins, C. R. (2005). A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(1), 96-105. doi:10.1590/S0104-07072005000100013
- Patton, M. G. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3ª ed.). Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1980).
- Pedro Gómez, JE & Morales Asencio, JM. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enfermería* 13(44-45), 26-31. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962004000100006&script=sci_arttext
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1), 103-9. Recuperado de www.fsp.usp.br/rsp
- Perrenoud, P. (2007). *10 Novas competências para se ensinar: convite à viagem*. (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Ed.
- Pinho, M.C.G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87. Recuperado de <http://www.ciencisecognicao.org/>
- Pires, R. (2007). Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. *Revista Escola Enfermagem - Universidade São Paulo*, 41(4), 717-23. doi:10.1590/S0080-62342007000400025
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841-2852. doi:10.1590/S1413-81232011000600022
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. (2004). Volume I - Prioridades*. Lisboa, Portugal: Direção - Geral da Saúde.
- Queirós, P. J. P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 776-781. doi:10.1590/0104-07072014002930013

- Queirós, P. J. P. (2015). Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (5), 139-146. doi:10.12707/RIV14079
- Ramos, V. & Barbosa, P. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_5_CSP1.pdf
- Resnik, D. B. (2011). *What is Ethics in Research & why is it important?* Recuperado de <http://www.niehs.nih.gov/research/resources/bioethics/whatis/>
- Riley, R. G. & Manias, E. (2004). Uses of photography in clinical nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 397-405. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03208
- Rocha, S. & Almeida, C. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 8(6), 96-101. doi:10.1590/S0104-11692000000600014
- Rowe, A. & Hogarth, A. (2005). Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 396-405. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03510
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. & Barbosa, P. (2005). *O futuro do Sistema de Saúde Português. "Saúde 2015"*. Recuperado de <http://www.observatorio.pt/download.php?id=86>
- Sartorio, N. (2011). *Potencialidades e limitações do uso da fotografia na pesquisa qualitativa de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20062011-142603/>
- Schmidt, M. L. (2008). Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas. In: Guerreiro, I. C.; Schmidt, M. L. & Zicker, F. (Ed.), *Ética nas pesquisas em Ciências humanas e Sociais na Saúde* (pp. 47-52). São Paulo, Brasil: Aderaldo & Rothschild.
- Siles González, J. (2010). Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances em Enfermería*. XXVIII (número especial, 90 años), 120-128. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000300011

- Stake, R. E. (2005). Case studies. In: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435 - 4454). (3ª ed.) Thousand Oaks, United States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 1994).
- Stake, R. E. (2012). *A arte de investigação com estudos de caso* (3ª ed.). (A.M. Chaves, Trad.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1995).
- Swiadek, J. (2009). The Impact of Healthcare Issues on the Future of the Nursing Profession: The Resulting Increased Influence of Community-Based and Public Health Nursing. *Nursing Forum*, 44(1), 19-24. doi:10.1111/j.1744-6198.2009.00123
- Taylor, R. (2013). Case-study research in context. *Nurse Researcher*, 20(4), 4-5. Recuperado de www.nurseresearcher.co.uk
- Teixeira, L. (2012). *A reforma do Centro de Saúde. Percursos e discursos*. Lisboa, Portugal: Editora Mundos Sociais.
- Torrens, P. R. (2010). The health care team members: who are they and what do they do? In: Freshman, B., Rubino, L. & Chassiakos, Y. (Ed.), *Collaboration Across the Disciplines in Health Care* (pp. 1-19). Boston, United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Turner, D. W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754-760. Recuperado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/qid.pdf>.
- Urteaga, E. (2008). Sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*, I(18), 169-198. Recuperado de http://www.ehu.eus/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/2812/2428
- Vale, E. G., Pagliuca, L. M. F. & Quirino R. H. R. (2009). Saberes e práxis em Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 174-180. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a24.pdf>
- Vicente M. C. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras* (Tese de doutoramento). Universidad Granada, Facultad de Filosofías y Letras, Espanha. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1729910x.pdf>.

- Vilela, E. M. & Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(4), 525-531. Recuperado de www.eerp.usp.br/rlaenf
- Welford C., Murphy K. & Casey D. (2012). Demystifying nursing research terminology: Part 2. *Nurse Researcher*, 19(2), 29-35. doi: 10.7748/nr2012.01.19.2.29.c8906
- Welford, C., Murphy, K. & Casey, D. (2011). Demystifying nursing research terminology: Part 1. *Nurse Researcher*, 18(4), 38-43. doi: 10.7748/nr2011.07.18.4.38.c8635
- Wengraf, T. (2004). *Qualitative Research Interviewing*. (3^a ed.). Thousand Oaks, Unites States of America: Sage Publications. (Obra original publicada em 2001).
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86. doi:10.1097/00012272-199506000-00007
- World Health Organization. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Recuperado de http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (4^a ed.). (A.M. Thorell, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Bookman. (Obra original publicada em 2003).

ANEXOS

ANEXO I - Pedido de Autorização para realização do estudo

Exm.º Sr. Director Executivo do ACeS ...

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Professora Adjunta da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), encontra-se a desenvolver um projeto de investigação no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa, na área de Cuidados de Saúde Primários, sob orientação do Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e da Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar.

Como referimos, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 28/08) envolve não só o Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) mas também a criação e implementação de novas unidades funcionais, nomeadamente de Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com o consequente desenvolvimento de diferentes equipas multiprofissionais, para responder às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade. Em cada equipa os profissionais têm diferentes competências e o seu funcionamento eficaz depende da compreensão das respectivas funções e responsabilidades quer no seio da equipa quer entre os utentes. Realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura, na qual encontrámos apenas estudos internacionais mas cujos achados indicaram que a dúvida sobre o papel profissional do enfermeiro no seio das equipas em desenvolvimento no contexto de Cuidados de Saúde Primários é partilhada, começando a emergir algumas expectativas (Furne *et al.*, 2001; McKenna e Keeney, 2004; Martin *et al.*, 2005; Perry *et al.*, 2005; Markham e Carney, 2008; O'Neill e Cowman, 2008). Nesta sequência, e tendo a percepção de que há uma certa transversalidade nesta mudança de paradigma no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, entendemos ser importante estudar este fenómeno no contexto português, procurando analisar e identificar as perspectivas e expectativas dominantes sobre ao papel do enfermeiro nas equipas das diversas unidades funcionais do Centro de Saúde.

Assumimos como opções metodológicas:

- Paradigma construtivista - procura do perfil global do papel profissional do enfermeiro sem atingir o grau explicativo;
- Abordagem qualitativa - descoberta dos significados dados ao papel do enfermeiro num contexto interpretativo do ponto de vista dos participantes;

- Estudo de Caso Múltiplo – caso constituído pelo Centro de Saúde ..., tendo como unidades de análise a Unidade de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).
- Participantes – profissionais (Enfermeiros, Médicos e Assistentes Administrativos) e utentes das equipas de saúde das três unidades funcionais;
- Amostragem – intencional, num processo dinâmico e sequencial, concluído quando se esgotar a informação a extrair através do confronto das várias fontes de evidência;
- Recolha de dados - investigadora como principal elemento de recolha de dados através de Entrevistas em grupo focal (Focus Group Interviewing) e individuais;
- Análise de dados – análise de conteúdo.

Desenho do estudo:

- Fase 1 (exploratório) – Grupo focal com um mínimo de seis Enfermeiros coordenadores (ou com funções de coordenação) nas Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Centros de Saúde do ACeS, utilizado como técnica exploratória de dados para discutir com mais profundidade o enquadramento legal e normativo do papel do enfermeiro e (re)orientar as entrevistas individuais aos Enfermeiros participantes do Estudo de Caso.
- Fase 2 (recolha de dados) – Entrevistas individuais a Enfermeiros, Médicos, Assistentes Administrativos e utentes da Unidade de Saúde Familiar (USF), das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde ... para recolha da perspectiva dos participantes.

Remetem-se em Anexo os Planos e Guiões das diferentes entrevistas.

Reafirmamos que na realização do estudo, prezaremos as questões éticas subjacentes, obtendo o consentimento informado de todos os participantes, e respeitando o tratamento sigiloso de todos os dados cedidos.

Previamente grata pela atenção por parte de Vossa Excelência para com o nosso pedido, reitera os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Coimbra, 21 de Julho de 2011

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves, Professora Adjunta da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a desenvolver o estudo **Perspetivas e expectativas sobre a enfermagem nas equipas de saúde num Centro de Saúde**, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa.

Este estudo tem como propósito investigar como é percebido o papel profissional do enfermeiro nas equipas das diferentes unidades funcionais do Centro de Saúde, com os objetivos de analisar e identificar as perspetivas e expectativas dominantes que sobre ele têm os próprios enfermeiros, os outros profissionais e os utentes.

Considerando a sua condição de enfermeira(o) / profissional / utente numa das unidades funcionais deste Centro de Saúde, convido-a(o) a participar no estudo pedindo-lhe que me conceda uma entrevista individual com gravação áudio para que nenhuma informação seja perdida.

A informação proporcionada através da sua participação será objeto de cruzamento com a obtida nas entrevistas aos outros participantes do estudo para análise das interpretações do exercício profissional e papel do enfermeiro nas unidades funcionais do Centro de Saúde.

Tem a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento da entrevista e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

A sua identificação e procedência serão preservadas.

Tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, a qualquer esclarecimento e aos resultados parciais da pesquisa, caso o solicite.

Como investigadora, asseguro a confidencialidade dos dados colhidos e comprometo-me a utilizá-los exclusivamente para o estudo, cujos resultados serão também difundidos em publicações e eventos científicos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Li e/ou ouvi o esclarecimento acima e apreendi o propósito e a relevância do estudo **Perspetivas e expectativas sobre a enfermagem nas equipas de saúde num Centro de Saúde.**

Compreendi os seus objetivos e procedimentos.

Ficou clara a natureza da minha participação no estudo e compreendi a necessidade da gravação áudio da entrevista.

Ficou explícito o compromisso pelo sigilo sobre a minha identificação e procedência.

Ficou declarado que os resultados do estudo serão objeto de publicação ou divulgação científica, sempre tratados de modo estritamente confidencial.

Ficou expresso que tenho acesso aos resultados e a qualquer esclarecimento, em qualquer etapa do estudo, se o solicitar.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e autorizo a gravação da entrevista.

Nome: _____

Unidade Funcional: _____

_____ Data ____/____/____

Assinatura da/o participante

_____ Data ____/____/____

Assinatura da investigadora

Este termo está elaborado em duas vias - uma que ficará na sua posse e outra arquivada com a pesquisadora.

ANEXO III - Plano e Guião do *Focus Group Interviewing* com Enfermeiros

PLANO			
Objectivos	- Enquadrar o exercício profissional do enfermeiro nas unidades funcionais do CS - Explorar representações do papel do Enfermeiro		
Entrevistados	- Enfermeiros da USF, da UCSP e da UCC do Centro de Saúde F		
Tempo de entrevista	+/- 120 minutos		
GUIÃO			
Dimensões	Tópicos de discussão	Orientações / Questões	Observações
Legitimação da entrevista	1 - Informações - âmbito do trabalho - objectivo da entrevista em grupo - utilização dos dados recolhidos - acesso à informação cedida 2 – Consentimento Informado - participação na entrevista - gravação áudio da entrevista 3 – Introdução à entrevista	1 - Apresentação do entrevistador e colaborador e explicar as respectivas funções na entrevista 2 – Entregar o Termo de Consentimento, em duplicado, a cada entrevistado e recolher a via assinada 3 - Explicação sobre funcionamento da entrevista em grupo focal	Obter consentimento informado por escrito antes de iniciar a entrevista
Unidades Funcionais do CS	1 - Percurso de criação 2 - Atores e dinâmicas associadas ao processo de constituição das equipas	1 - Há quanto tempo funciona cada uma das unidades? 2 – Qual o contributo dos enfermeiros no processo de constituição das equipas?	Procurar que seja mencionado, de forma clara, o contributo dos enfermeiros
Exercício profissional do enfermeiro na estrutura do CS	1 - Representações sobre o papel do enfermeiro - funções, atividades e práticas nas diferentes Unidades Funcionais 2 – Representações sobre a dinâmica de trabalho na equipa - competências, responsabilidades e parcerias - iniciativa no desenvolvimento de projetos e intervenção	1 – Quais as funções do enfermeiro em cada uma destas unidades? - Há práticas diferenciadoras na USF, na UCSP e UCC? - Quais as atividades e práticas típicas do enfermeiro em cada unidade? 2 - Na dinâmica de trabalho da equipa, como o papel profissional atribuído aos enfermeiros? - Como percebem o valor profissional e social atribuído pelos outros profissionais, parceiros e utentes, aos enfermeiros?	Procurar que as respostas sejam discriminadas e o mais detalhadas possível
Perspetivas /Expectativas sobre o papel profissional do enfermeiro	1 - Representações sobre a cultura organizacional e cultura profissional	1 - Este modelo organizacional permite o desenvolvimento profissional do enfermeiro? – Como se integra o enfermeiro nesta organização por equipas e em diferentes unidades de saúde?	Anotar reacções, impressões e ideias dos entrevistados que a gravação não capte
Sugestões para discussão	Aspectos relevantes na perspectiva dos entrevistados	- Há algum aspeto sobre o papel profissional do enfermeiro que não tenha sido focado e queiram abordar?	Sondar cada um dos participantes
Conclusão da entrevista	Resumo das ideias principais	- Síntese da informação obtida em cada dimensão - Agradecimento pela disponibilidade e colaboração	Valorizar o contributo

ANEXO IV - Plano e Guião de Entrevista a Utentes

PLANO			
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Identificar as perspetivas dos utentes sobre ao papel do enfermeiro na equipa de saúde da unidade funcional do Centro de Saúde- Analisar as expectativas dos utentes face ao papel do enfermeiro na equipa de saúde da unidade funcional do Centro de Saúde		
Entrevistados	- Utesntes da USF, da UCSP e da UCC do Centro de Saúde S		
Tempo de entrevista	+/- 30 minutos		
GUIÃO			
Dimensões	Tópicos de discussão	Orientações / Questões	Observações
Legitimação da entrevista	1 - Informações <ul style="list-style-type: none">- âmbito do trabalho- objectivo da entrevista- utilização dos dados recolhidos- acesso à informação cedida 2 – Consentimento Informado <ul style="list-style-type: none">- participação na entrevista- gravação áudio da entrevista 3 – Introdução à entrevista	1- Apresentação do entrevistador <ul style="list-style-type: none">- Entregar o Termo de Esclarecimento 2 – Entregar o Termo de Consentimento, em duplicado, e recolher a via assinada 3 - Explicação sobre funcionamento da entrevista	Obter consentimento informado por escrito antes de iniciar a entrevista
Caracterização do entrevistado	1 - Dados sociodemográficos <ul style="list-style-type: none">- Género- Idade- Escolaridade- Profissão 2 – Utilização de cuidados de saúde <ul style="list-style-type: none">- Unidade Funcional- Motivo procura	1- Quantos anos tem? ou em que ano nasceu? <ul style="list-style-type: none">- Estudou? O que completou?- Qual é a sua profissão? Se reformado, o que fazia antes? 2 – Há quanto tempo é utente desta unidade? <ul style="list-style-type: none">- Vem muitas vezes aqui à unidade? Para quê?	Anotar dados na ficha de entrevista
Perspetivas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa de saúde da Unidade	1 - Representações sobre as funções e práticas do enfermeiro na equipa de saúde e na dinâmica de trabalho	1 – Quando vem à unidade de saúde, quem o atende mais vezes? Porquê? <ul style="list-style-type: none">- Em que situações procura o enfermeiro para o atender? Porquê?- Pode falar-me sobre o que distingue os enfermeiros dos outros profissionais? Pode dar exemplos?- Que atividades na equipa considera da responsabilidade do enfermeiro? Pode dar exemplos?	<ul style="list-style-type: none">- Anotar reacções e impressões dos entrevistados que a gravação não capte- Procurar que as respostas sejam o mais detalhadas possível
Expectativas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa de saúde da Unidade	1 - Representações sobre as competências do enfermeiro na equipa multidisciplinar	1 – Considera que há situações nas quais o enfermeiro é o profissional mais adequado para atender os utentes? Porquê? Pode dar exemplos?	
Conclusão da entrevista	Resumo das ideias principais	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da informação obtida em cada dimensão- Agradecimento pela disponibilidade e colaboração	Valorizar o contributo

ANEXO V - Plano e Guião de Entrevista aos Médicos e Assistentes Técnicos

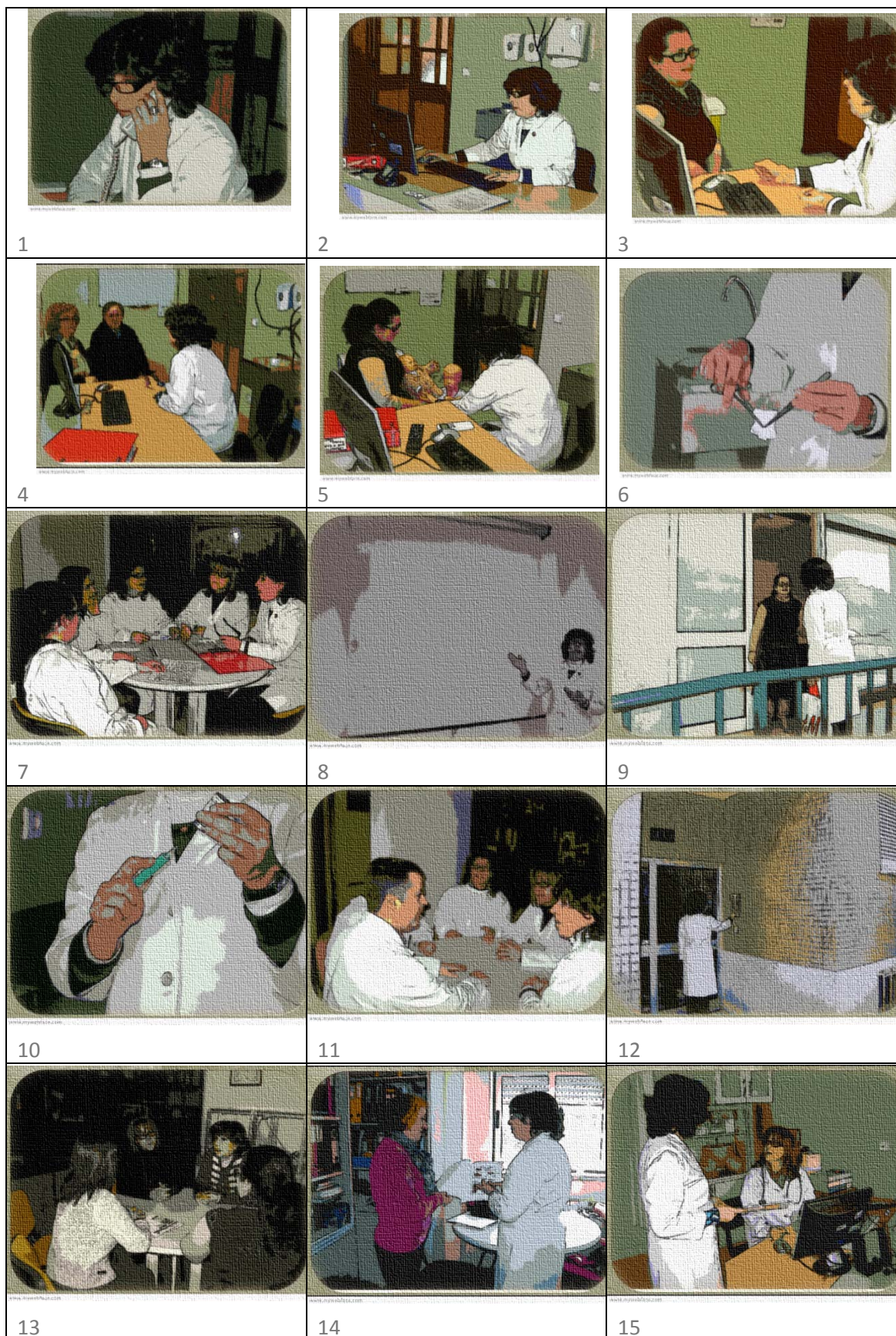
PLANO			
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Identificar as perspetivas dos outros profissionais sobre ao papel do enfermeiro na equipa de saúde da unidade funcional do Centro de Saúde- Analisar as expectativas dos outros profissionais face ao papel do enfermeiro na equipa de saúde da unidade funcional do Centro de Saúde		
Entrevistados	- Médicos e Assistentes Administrativos da USF, da UCSP e da UCC do Centro de Saúde S		
Tempo de entrevista	+/- 40 min.		
GUIÃO			
Dimensões	Tópicos de discussão	Orientações / Questões	Observações
Legitimação da entrevista	1 - Informações <ul style="list-style-type: none">- âmbito do trabalho- objectivo da entrevista- utilização dos dados recolhidos- acesso à informação cedida 2 – Consentimento Informado <ul style="list-style-type: none">- participação na entrevista- gravação áudio da entrevista 3 – Introdução à entrevista	1 - Apresentação do entrevistador <ul style="list-style-type: none">- Entregar o Termo de Esclarecimento 2 – Entregar o Termo de Consentimento, em duplicado, e recolher a via assinada 3 - Explicação sobre funcionamento da entrevista	Obter consentimento informado por escrito antes de iniciar a entrevista
Caracterização do entrevistado	1 - Dados sociodemográficos <ul style="list-style-type: none">- Género- Idade- Profissão- Tempo exercício nos CSP- Tempo exercício na unidade- Unidade Funcional	1 - Quantos anos tem? ou em que ano nasceu? <ul style="list-style-type: none">– Há quanto tempo é profissional nos CSP?– Há quanto tempo é profissional nesta unidade de saúde?	Anotar dados na ficha de entrevista
Perspetivas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa de saúde da Unidade	1 - Representações sobre as funções e práticas do enfermeiro na equipa 2 - Representações sobre a cultura organizacional e a dinâmica de trabalho na equipa	1 - Pode falar-me sobre as funções e responsabilidades do enfermeiro na equipa? Pode dar exemplificar e descrever? 2 - Como se integra o enfermeiro no trabalho em equipa? <ul style="list-style-type: none">- Como são partilhados os cuidados de saúde com o enfermeiro? Em que situações? Pode descrever...	Questão 2 dirigida apenas a médicos e técnicos superiores de serviço social - Procurar que as respostas sejam o mais detalhadas possível
Expectativas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa de saúde da Unidade	1 - Representações sobre as competências do enfermeiro na equipa multidisciplinar	1 - Em que situações o enfermeiro surge como o profissional mais adequado para responder às necessidades dos utentes? Porquê? Pode especificar e comentar...	- Anotar reacções e impressões dos entrevistados que a gravação não capte
Conclusão da entrevista	Resumo das ideias principais	<ul style="list-style-type: none">- Síntese da informação obtida em cada dimensão- Agradecimento pela disponibilidade e colaboração	Valorizar o contributo

ANEXO VI - Plano e Guião de Entrevista aos Enfermeiros

PLANO			
Objectivos	<ul style="list-style-type: none">- Identificar as perspetivas dos enfermeiros sobre o seu papel nas equipas de saúde das unidades funcionais do Centro de Saúde- Analisar as expectativas dos enfermeiros sobre o seu papel na equipa de saúde em cada unidade funcional do Centro de Saúde		
Entrevistados	- Enfermeiros da USF, da UCSP e da UCC do Centro de Saúde S		
Tempo de entrevista	+/- 90 minutos		
GUIÃO			
Dimensões	Tópicos de discussão	Orientações / Questões	Observações
Legitimação da entrevista	1 - Informações <ul style="list-style-type: none">- âmbito do trabalho- objectivo da entrevista- utilização dos dados recolhidos- acesso à informação cedida 2 – Consentimento Informado <ul style="list-style-type: none">- participação na entrevista- gravação áudio da entrevista 3 – Introdução à entrevista	1 - Apresentação do entrevistador <ul style="list-style-type: none">- Entregar o Termo de Esclarecimento 2 – Entregar o Termo de Consentimento, em duplicado, e recolher a via assinada 3 - Explicação sobre funcionamento da entrevista	Obter consentimento informado por escrito antes de iniciar a entrevista
Caracterização do entrevistado	1 - Dados sociodemográficos <ul style="list-style-type: none">- Género- Idade- Tempo exercício nos CSP- Tempo exercício na unidade- Unidade Funcional	1 - Quantos anos tem? ou em que ano nasceu? <ul style="list-style-type: none">– Há quanto tempo é profissional nos CSP?– Há quanto tempo é profissional nesta unidade de saúde?	Anotar dados na ficha de entrevista
Perspetivas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa da Unidade Funcional	1 - Representações sobre as funções, práticas e competências do enfermeiro na equipa 2 - Representações sobre a dinâmica de trabalho na equipa e a prática colaborativa multidisciplinar	1 – Quais são as suas funções na equipa? Pode descrevê-las? <ul style="list-style-type: none">- Quais são as práticas profissionais diferenciadoras do enfermeiro na equipa? Porquê?- Escolha as imagens que ilustram as suas práticas mais frequentes e fale-me de cada uma delas... 2 - Que competências do enfermeiro sente que são valorizadas na equipa? E pelos utentes? Porquê? <ul style="list-style-type: none">- Em que situações os cuidados de saúde são partilhados com o enfermeiro? Como decorre essa partilha? Pode descrever...	<ul style="list-style-type: none">- Dispor as imagens de forma aleatória e não alinhada.- Não proporcionar qualquer explicação- Anotar escolhas na ficha de entrevista- Procurar que as respostas sejam o mais detalhadas possível
Expectativas sobre o papel profissional do enfermeiro na equipa da Unidade Funcional	1 - Representações sobre a cultura profissional e cultura organizacional	1 – Enquanto enfermeira/o que imagem profissional tem de si? Como se vê? <ul style="list-style-type: none">- Qual a imagem profissional que os enfermeiros projetam para os outros?- Escolha as imagens que melhor ilustram as competências do enfermeiro e comente a evolução	<ul style="list-style-type: none">- Dispor as imagens de forma aleatória e não alinhada.- Explicar que a escolha é projectiva e baseada no expectável

		<p>futura das práticas que as envolvem...</p> <p>- Em que situações o enfermeiro é o profissional mais adequado para responder às necessidades dos utentes? Porquê?</p> <p>- O que o interfere no desenvolvimento dessas respostas e do papel do enfermeiro?</p>	<p>- Anotar reacções e impressões dos entrevistados que a gravação não capte</p>
Informações complementares	Aspectos relevantes na perspectiva dos entrevistados	<p>- Há algum aspeto sobre o papel profissional do enfermeiro que não tenha sido focado e queira abordar?</p>	Demonstrar disponibilidade e escuta
Conclusão da entrevista	Resumo das ideias principais	<p>- Síntese da informação obtida em cada dimensão</p> <p>- Agradecimento pela disponibilidade e colaboração</p>	Valorizar o contributo

ANEXO VII - Imagens usadas na Foto-Elicitação



Como é que percebem o valor profissional que é atribuído aos enfermeiros? – (silêncio) Inv – **Colocando a questão de outro modo: os outros profissionais e os utentes, no dia-a-dia, verbalizam ou têm atitudes que vos levem a perceber o valor que dão aos enfermeiros e aos seus cuidados?** (mantêm-se o silêncio) **Por exemplo, que comentários ouvem sobre a consulta de enfermagem?** - (E₃) Eu penso que vai depender de cada pessoa e da relação que cada utente ou família tem com o próprio profissional. Por exemplo, nas consultas de saúde infantil e de diabetes eu penso que alguns utentes têm uma grande confiança em relação aos seus enfermeiros e tanto é que telefonam a perguntar e procuram informações e confiam nas soluções que o enfermeiro apresenta. Também alguns casos de tratamento de feridas em que nós acompanhamos o utente e eles vão verificando que realmente vai havendo uma evolução favorável das próprias feridas, essa confiança vai aumentando na própria relação enfermeiro-utente. Alguns médicos com que nós trabalhamos ... na parte dos médicos de família, a relação no nosso caso é boa e eles confiam na nossa orientação e pedem-nos opinião ... (E₁ interrompe) E marcam mesmo utentes só para nós ou o próprio médico pede-nos para agendar para continuar um ensino ... (E₃ interrompe) De insulinoaterapia ou... (E₁) Eles confiam em nós. (E₄ e E₅ manifestam concordância acenando com a cabeça). **E na UCC?** - (E₂ e E₆ em simultâneo) É diferente ... (E₂ toma a iniciativa) Há muita procura, principalmente dos jovens, nós temos uma caixa de correio eletrónico e uma página no *facebook* e eles recorrem constantemente pedindo informações, tirando dúvidas... os jovens aparecem muito, com muitas dúvidas e nós percebemos sempre que estamos com eles, ou quando estamos com um grupo, que eles confiam muito naquilo que nós dizemos e que nós fazemos. **Em cada uma das vossas unidades, quando o utente procura a enfermagem, procura uma enfermeira ou a enfermeira X?** – (várias respostas em simultâneo) - (E₁ eleva tom de voz e assume a resposta) Procura a enfermeira que ele pretende ou que assume como sendo a dele ou quem a está a substituir... (E₃ reforça) Exatamente... (E₁ interfere) Se uma de nós não estiver o utente procura a outra... (E₄ interrompe) Nós temos a figura da enfermeira de família instituída, mesmo a sério, e temos os espelhos mas eles chegam ao cúmulo de ir embora e esperar pela enfermeira ... ‘p’rá semana já está? Então eu volto p’rá semana’... **O que é que vos parece que está a mudar?** (E₄) A ligação que têm com a enfermeira, sem dúvida! (E₅ reforça) Com a sua enfermeira...

Pode-me falar das funções do enfermeiro aqui na equipa? Essencialmente de prestação de cuidados, á família, e essa é a grande diferença face ao CS antigo, agora centramos no utente e família e as intervenções para a comunidade passaram para a UCC e nesta perspetiva perdemos funções... **Pode exemplificar algumas das funções atuais?** Exemplos? Por exemplo, o seguimento da criança desde que nasce, aliás, desde que é concebida, temos a consulta de planeamento familiar, o acompanhamento ou não da gravidez mas temos sempre informação, a consulta de saúde infantil e juvenil, e sempre com consulta de enfermagem mesmo... **Especificamente, o que faz na consulta de enfermagem?** Para além da vigilância dos parâmetros físicos, o peso, o perímetro cefálico, a estatura, há uma ênfase muito grande nos parâmetros não físicos ou seja na avaliação psicológica e do desenvolvimento da criança e comportamental da mãe, aplicamos a Sheridan que está no programa informático e aplicamos também a escala de Gretchen que não está no programa, fazemos também a abordagem à família, e digo família porque as crianças hoje em dia já vêm também acompanhadas pelo pai, abordagem no sentido da educação desde a alimentação, o desenvolvimento, a relação que se cria entre os pais e a criança, os momentos chave a que os pais devem estar atentos no desenvolvimento da criança... na consulta do adulto e do idoso, salientam-se mais os aspetos relacionados com a doença crónica, que deve ser controlada, na questão à adesão terapêutica, no que diz respeito à gestão da terapêutica e educação para a saúde, são aspetos que estão presentes no dia-a-dia e são tidos em consideração se calhar com mais ênfase... **Para além da consulta de enfermagem, que outras intervenções tem?** As típicas, a prestação de cuidados às feridas, a administração de terapêutica que é prescrita, a gestão da terapêutica e o ajuste da terapêutica com a família quando o utente ainda não tem ou já não tem essa capacidade seja aqui no gabinete de enfermagem ou na casa das pessoas quando vamos fazer visita domiciliária, como temos muita dificuldade e falta de recursos fazemos mais domicílios curativos do que preventivos mas aproveitamos sempre que possível para fazer também esta abordagem... **Da sua experiência, quais são as competências que percebe que os utentes e a equipa valorizam no enfermeiro?** Pelos utentes, tanto as de caráter curativo como preventivo já são valorizadas, embora eles nos procurem predominantemente para ajuda a nível curativo, dentro da equipa... depende da equipa (*riso*)... há equipas que percebem muito bem qual é o papel do enfermeiro e qual a função na equipa e outras em que o enfermeiro está ali para fazer aquilo que o médico acha que deve ser feito... ainda temos as duas realidades... no entanto, sinto que há um crescendo na valorização do enfermeiro pelo papel que tem, reconhecido sobretudo pela postura que o enfermeiro tem...

ANEXO X – Exemplo de matriz de redução de dados (excerto temático)

Tema - Papel desempenhado		
Sub Tema	Dimensões	Indicadores
Funções na unidade	Gestão	<p>... também fazemos a gestão de ficheiro... e a gestão de material... E₁</p> <p>... também faço a gestão de material, faço o pedido de material, recebo material e giro as entradas e saídas... a convocação para vacinação, vemos as senhoras que precisam de fazer rastreios e convocamo-las... fazemos isto e mais coisas... E₂</p> <p>... com esta nova filosofia das USF o enfermeiro acaba por ter uma função que é a de gestor porque aquela função que anteriormente era do enfermeiro chefe, que fazia a gestão de todos os cuidados, agora essa responsabilidade passou para a equipa. E₃</p> <p>Os enfermeiros fazem muita coisa que não deveriam fazer... por exemplo, nós é que temos de pedir os materiais, ver o que há em stock, saber quais as quantidades que se podem pedir, preencher os formulários de pedido no computador... e depois quando chega o material arrumá-lo todo... E₄</p> <p>Sou responsável pelo programa de planeamento familiar, ou seja, tudo o que diz respeito em termos de elaboração de boas práticas, de protocolos de atuação na consulta de enfermagem, de registo de indicadores e elaboração de relatórios... em conjunto com outra colega também sou responsável pelo programa de vacinação e fizemos um projeto de boas práticas e alguns panfletos, para além de recolhermos toda a informação e elaboramos os indicadores e relatórios... sou a gestora do programa informático... sou responsável pela gestão do material de farmácia, faço a requisição mensal, o registo informático das entradas e saídas do material... faço parte de um projeto de auditoria do tempo de espera para a consulta de enfermagem e consulta médica... E₅</p>
	Formação	<p>... faço reuniões quase todas as semanas com os estudantes que estão a fazer o Ensino Clínico e de quem sou tutora, reunimos também com as professoras quando é necessário e para fazermos as avaliações dos estudantes... E₄</p> <p>Também faço outras atividades aqui na unidade... sou mentora de um projeto de formação em serviço, sobre comunicação com o utente... e sou enfermeira tutora de estudantes de enfermagem no Ensino Clínico... E₅</p> <p>Também participo na formação em serviço, com trabalhos que preparo e apresento aos colegas, depois cada um de nós é responsável por um programa, por exemplo da diabetes ou dos cuidados no domicílio, somos o elo de ligação no ACeS para essa área, temos que ir acompanhando como se vai desenvolvendo aqui na unidade, vamos a formação específica e transmitimos aos colegas o que há de novo... E₆</p>